PIELĘGNIARKA polska

III Krajowy Zjazd

Związku Zawodowego

Pracowników Służby Zdrowia

27 – 28

czerwiec 1953 rok

Rok 6 (XVII)

1953

Nr. 6

CZERWIEC

PAŃSTWOWY ZAKŁAD WYDAWNICTW LEKARSKICH

P S Z

TREŚĆ

Содержание

SOMMAIRE

REGULAMIN OGŁASZANIA PRAC: 1) objętość prac nadsyłanych do Redakcji nie powinna przekraczać 5 stron pisma maszynowego; rękopisy pisane jednostronnie, z odstępem 1-wierszowym, z marginesem 3 cm; 2) autor winien podać: swój tytuł, imię, nazwisko, adres oraz źródła, na których oparł pracę; 3) fotografie (na błyszczącym papierze) należy opatrzyć dokładnym opisem; 4) Redakcja zastrzega sobie prawo poprawek.

Pielęgniarka Polska

CZASOPISMO ZWIĄZKU ZAWODOWEGO PRACOWNIKÓW SŁUŻBY ZDROWIA

Rok 6 (XVII) Czerwiec 1953 Nr 6

Przed III Krajowym Zjazdem Związku Zawodowego Pracowników Służby Zdrowia

„DBAŁOŚĆ i troska o człowieka pracy, o warunki jego pracy i pomoc w wykonaniu zadań, o wychowanie społeczne, o rozwój jego świadomości i wiedzy, o jego kłopoty domowe i rodzinne, oto co powinno być wyrazem stosunku codziennego między organizacją związkową, jej kierownictwem i jej członkami".

SŁOWA te wypowiedziane przez tow. Bieruta na II Kongresie Związków Zawodowych powinny stać się ważkim wskazaniem w pracy społecznej i zawodowej polskiej pielęgniarki.

Zbliżający się III KRAJOWY ZJAZD ZWIĄZKU ZAWODOWEGO PRACOWNIKÓW SŁUŻBY ZDROWIA, który odbędzie się w dniach **27 i 28 czerwca rb.** w Warszawie dla podsumowania osiągnięć i wykazania braków w pracy Związku na przestrzeni czterech lat (1949 — 1953), powinien zmobilizować szerokie rzesze pielęgniarek do wzięcia jak najczynniejszego udziału w życiu związkowym.

Zawód pielęgniarski, zatrudniający najliczniejsze kadry z pośród wszystkich zawodów służby zdrowia, powinien być przykładem i wzorem dla pozostałych zawodów służby zdrowia w zakresie aktywnej pracy społecznej, której pełnienie jest wyrazem zrozumienia zadań, jakie Partia i Rząd stawia przed służbą zdrowia w Planie 6-letnim.

Jeszcze cztery lata temu trudno było przewidywać, że kadry pielęgniarskie, tak bardzo wyniszczone przez okupanta, w tak szybkim tempie zostaną uzupełnione.

Dzięki celowej polityce Ministerstwa Zdrowia powstały we wszystkich województwach Polski szkoły pielęgniarskie. Dziś myślimy z dumą o 23 szkołach średnich i licznych szkołach rocznych, tętniących młodym, twórczym życiem, wychowującym w duchu marksistowsko-leninowskim nowy typ socjalistycznej pielęgniarki.

Zdajemy sobie sprawę, że ambitne plany, jakie postawił na rok 1953 Zarząd Główny naszego Związku przed aktywem związkowym mogą być w pełni zrealizowane jedynie przy aktywnym udziale pielęgniarek, najliczniej reprezentujących inteligencję zawodową w służbie zdrowia.

POZA tak ważnymi dziedzinami pracy związkowej jak: współzawodnictwo, walka z bumelanctwem i nieuzasadniona absencja chorobowa, badania dzieci wyjeżdżających na kolonie letnie, łączność miast ze wsią w zakresie opieki lekarsko - pielęgniarskiej, opieka nad młodszymi pielęgniarkami itp. — na pierwsze miejsce wysuwa się zagadnienie roztoczenia fachowej opieki nad dziećmi w żłobkach i przedszkolach, i to nie tylko w naszych zakładach służby zdrowia, ale we wszystkich żłobkach i przedszkolach całego kraju.

Nadszedł już czas wyjścia poza wąskie ramy placówek służby zdrowia i usprawnienia opieki lekarsko-pielęgniarskiej wszędzie tam, gdzie jest ona niedostateczna.

Słusznie się mogło wydawać, że podjęta w listopadzie ub. r. uchwała Prezydium Zarządu Głównego naszego Związku w sprawie obejmowania patronatów nad żłobkami i przedszkolami zostanie z entuzjazmem przyjęta przez teren. W rzeczywistości jednak tylko niektóre Zarządy Okręgowe podeszły do tej sprawy z należytą uwagą i zrozumieniem.

Podniesienie poziomu opieki lekarsko-pielęgniarskiej w żłobkach i przedszkolach jest sprawą palącą i obchodząca całe społeczeństwo. Otoczenie dziecka właściwą i troskliwą opieką uchroni je przed chorobami, a chorobami zakaźnymi w szczególności, stworzenie odpowiednich warunków psychicznych — decyduje o prawidłowym rozwoju młodego organizmu i wychowaniu jednostki pełnowartościowej pod każdym względem.

Zagadnienie opieki nad dzieckiem jest także ściśle związane z naszą polityką gospodarczą i budownictwem socjalistycznym, ponieważ wykonanie planów produkcyjnych uzależnione jest m. in. od liczniejszego niż dotychczas udziału kobiet w produkcji. Dopóki jednak nie zapewnimy dzieciom matek pracujących odpowiedniej opieki, dopóty nie będziemy mogli wciągnąć licznych rzesz kobiecych do pracy produkcyjnej, a tym samym — podnieść stopy życiowej ich rodzin. Matka bowiem będzie mogła pracować spokojnie i wydajnie tylko wówczas, gdy będzie pewna, że jej dziecko ma w żłobku, czy w przedszkolu, dobre warunki i troskliwą opiekę.

ZARZĄD Główny ZZPSZ, występując z inicjatywą otoczenia fachową opieką wszystkie placówki opieki nad dzieckiem, podał równocześnie konkrotne formy tej opieki. Najwłaściwszą formą byłoby objęcie tych placówek przede wszystkim patronatami zakładów lecznictwa dziecięcego zarówno zamkniętego jak i otwartego.

Należy zaznaczyć, że objęcie patronatu nie jest bynajmniej równoznaczne z oddelegowaniem lekarza czy pielęgniarki do stałej pracy w żłobku czy przedszkolu. Chodzi o to, aby zakład patronujący podjął zobowiązanie okresowego, regularnego odwiedzania określonej placówki przez personel lekarsko-pielęgniarski, który będzie miał za zadanie przeprowadzanie okresowych badań dzieci, kontrolowanie czy personel przestrzega zasad higieny, instruowanie personelu mniej wyszkolonego poprzez odczyty, pogadanki itp.

Akcja patronatowa nie może mieć jednak charakteru akcji doraźnej, czy też jednorazowych zrywów podejmowanych z okazji rocznic. Jedynie rytmiczna, ciągła i systematyczna praca może przynieść pożądane wyniki.

Zdarza się, że niektóre zakłady pracy wysuwają zastrzeżenia odnośnie nadmiernego obciążenia pracą zawodową pielęgniarek, które nie mogą już przyjmować dodatkowych obowiązków. Świadczy to o całkowitym niezrozumieniu zagadnienia, które polega jedynie na pewnego rodzaju nadzorze nad obraną placówką w sensie udzielania fachowych rad, nie zaś na stałej pracy dodatkowej. Nawet najbardziej zajęta pielęgniarka, a mająca dobre chęci, może poświęcić godzinę lub dwie tygodniowo na odprawę z niewyszkolonym personelem żłobka, poświęconą pielęgnowaniu dziecka i stworzeniu mu odpowiedniego otoczenia.

Ażeby patronaty nie miały formy jedynie deklaratywnej i nie ograniczały się do doraźnych odwiedzin połączonych z dalekimi wyjazdami, zakłady pracy powinny obejmować opieką żłobki i przedszkola położone w pobliżu.

***

Rzucając hasło „KAŻDY ŻŁOBEK I PRZEDSZKOLE POD FACHOWĄ, SPOŁECZNĄ OPIEKĄ LEKARZY I PIELĘGNIAREK" Zarząd Główny wzywa wszystkie pielęgniarki do jak najliczniejszego włączenia się w nurt tej pięknej formy pracy społecznej.

Mieczysław Godlewski

Sekretarz Zarz. Głównego ZZPSZ

Zadania służby zdrowia w roku 1953

Dnia 19 kwietnia 1953 roku odbyła się Krajowa Narada Aktywu Służby Zdrowia. Zasadniczy referat wygłosił Minister dr J. Sztachelski.

MINISTER ZDROWIA, Ob. Dr J. SZTACHELSKI na wstępie swego referatu podał rys porównawczy zadań Planu 6-letniego na odcinku służby zdrowia z osiągniętymi dotychczas wynikami.

Osiągnięte wyniki w zakresie szkolenia kadr, wzrost łóżek szpitalnych i miejsc w żłobkach stałych świadczą, że zdecydowanie zbliżamy się do socjalistycznego systemu służby zdrowia. W drodze tej jest nam niezwykle pomocny przykład radzieckiej służby zdrowia, która jest — jak wyraził się Minister Sztachelski — „jednym z istotnych instrumentów państwa radzieckiego, nastawionych na przekształcenie środowiska, powołanego do współdziałania w przeobrażaniu przyrody". Przykład radzieckiej służby zdrowia i wypracowane przez nią metody w zastosowaniu do realnych warunków naszego kraju pomogą nam zbudować taką służbę zdrowia, któraby była ważkim elementem w realizacji podstawowego prawa socjalizmu — coraz pełniejszego zaspokajania wciąż rosnących potrzeb społeczeństwa.

Ob. Minister Sztachelski omówił następnie braki dotychczasowej pracy służby zdrowia, a wreszcie przedstawił szereg zadań, wysuwa-

jących się pod kątem wytycznych VIII Plenum KC PZPR.

„Pięć zadań powinno koncentrować pracę całej służby zdrowia w roku 1953:

p o p i e r w s z e: rozwiązać szerzej w całej służbie zdrowia walkę o właściwy stosunek do chorego, o stosunek do człowieka,

p o d r u g i e: pogłębić zapobiegawczy kierunek służby zdrowia, na czołowe miejsce wysunąć i rozwinąć działalność sanitarno-epidemiologiczną,

p o t r z e c i e: rozpocząć zdecydowaną kampanię a fachową i społeczną treść służby zdrowia, o jakość jej pracy,

p o c z w a r t e: zaostrzyć walkę o poprawę lecznictwa podstawowego, o ściślejsze powiązanie go z podstawowymi procesami budownictwa socjalistycznego,

p o p i ą t e: podnieść sprawność organizacyjną i działalność służby zdrowia, zaostrzyć dyscyplinę, wzmocnić czujność".

Następnie Minister omówił kolejno poszczególne zadania na rok 1953.

TROSKA O CZŁOWIEKA

Piętnując wszelkie wykroczenia przeciw właściwej postawie pracownika służby zdrowia wobec chorego człowieka, Minister Sztachelski poruszył także sprawę troski o personel służby zdrowia:

„Troska o człowieka, to również troska o pracownika służby zdrowia. Trzeba stwierdzić, że mamy wiele przykładów bezdusznego stosunku do potrzeb pracowników służby zdrowia, którzy wymagają pomocy w rozwiązywaniu swych bytowych spraw, a często również pomocy i opieki moralnej otoczenia.

Odnosi się to przede wszystkim do pielęgniarek, a młodszych pielęgniarek w szczególności. Niejednokrotnie walczą one z bardzo poważnymi trudnościami, szczególnie w pierwszym okresie pracy. Konieczność aklimatyzowania się w nowym miejscu pracy, pokonania trudności mieszkaniowych, konieczność doszkalania się w toku pracy zawodowej, pokonywania nieraz niewłaściwego stosunku do tego młodego i życiowo niedoświadczonego elementu — to nie łatwy splot, którego rozwikłanie wymaga pomocy i opieki ze strony władz służby zdrowia, kierownika zakładu pracy i zespołu pracowników.

Również młodzi lekarze, rozpoczynający pracę zawodową, zasługują na szczególne zajęcie się nimi. W Związku Radzieckim każdy zakład służby zdrowia przygotowuje się starannie do przyjęcia, wychodzących ze szkół i przystępujących do pracy, adeptów służby zdrowia. Warto wziąć przykład z tej atmosfery, jaką otacza się w Związku Radzieckim pracowników w środowisku służby zdrowia".

PROFILAKTYKA

W referacie swym Minister Sztachelski wskazał na 5 zagadnień profilaktyki, których realizacja będzie podjęta jeszcze w tym roku. Są to: praca **sanitarno - epidemiologiczna,** rozwijanie **oświaty sanitarnej,** rozszerzenie **wywiadu domowego** w poradniach podstawowych, zwiększenie **pracy zapobiegawczej w przemysłowej** służbie zdrowia oraz **szczepienia BCG.**

Podkreślając wagę prac sanitarno-epidemiologicznych, Minister mówił:

„Powinniśmy zdawać sobie sprawę z wielkiego znaczenia zagadnień sanitarno-epidemiologicznych dla całego kraju i dla służby zdrowia.

Stan sanitarno-epidemiologiczny ma bezpośredni i bardzo duży wpływ na produkcję, na absencję chorobową i wydajność pracy. Stan sanitarno-epidemiologiczny ma ogromny wpływ na obronność kraju. W trudnych dniach obrony kraju — braki sanitarno-epidemiologiczne mogą się pogłębiać, stwarzając realne niebezpieczeństwo i bardzo poważny problem do rozwiązania.

Również w czasie pokoju, w warunkach otoczenia kapitalistycznego i działania wroga wewnętrznego, niezadawalający stan sanitarny może stać się wygodnym podłożem dla dywersji.

Walka o kulturę sanitarną ludności jest elementem walki o kulturę najszerszych mas ludności w ogóle".

Przechodząc do zagadnienia oświaty sanitarnej Minister Sztachelski określa ją jako niezbędny środek do osiągnięcia wysokiego stanu zdrowotności oraz omawia konieczność udziału w tej pracy szerokich mas pracowników służby zdrowia:

„Będziemy dążyli do wychowania takiego typu lekarza i pracownika służby zdrowia, który miałby cechy nie tylko wysoko wykwalifikowanego fachowca, lecz również działacza społecznego, wiążącego się aktywnie ze swym środowiskiem, kształtującego je i wychowującego. Jednym z ważnych środków oddziaływania jest uświadamianie, propaganda, jest oświata sanitarna.

Trzeba wprowadzić w życie zasadę, że każdy fachowy pracownik powinien brać w jakiejś formie udział w szerzeniu oświaty sanitarnej. Szczególnie pielęgniarki, prowadzące wywiad domowy i pracujące w poradni dla dzieci, w poradni dla matek, oraz poradni przeciwgruźliczej — mają ogromnej wagi zadanie do spełnienia. W niektórych dziedzinach, jak np. w dziedzinie walki z umieralnością niemowląt, na której powinniśmy koncentrować opiekę nad dzieckiem — oświata sanitarna odgrywa ogromną rolę i należy do decydujących czynników, niezbędnych do rozwiązania tego zagadnienia".

Następnie przechodząc do zagadnienia wywiadu domowego Minister mówił:

„Trzecią drogą, wiodącą do rozszerzenia działalności zapobiegawczej, jest sprawa ożywienia wywiadu domowego, szczególnie w takich poradniach, jak: dziecięca, przeciwgruźlicza i przeciwweneryczna.

Obserwujemy niepokojące zjawisko kurczenia się wywiadów domowych.

Nie można nie doceniać trudności w pracy wielu poradni, tym nie mniej zjawisko odwrotu na odcinku wywiadu domowego można tłumaczyć przede wszystkim niedocenianiem tej ważnej pracy, upadkiem wymagań, rozluźnieniem dyscypliny.

Trzeba skończyć z lekceważeniem wywiadu domowego, rozszerzyć go i rozwinąć, rozpocząć tę pracę w poradniach, które dotychczas nie prowadziły jej, a mają ku temu możliwości.

Wywiad społeczny jest ważnym elementem szerokiego zagadnienia dyspanseryzacji, które czeka jeszcze na rozwiązanie w polskiej służbie zdrowia".

Zajmując się kolejno odcinkami służby zdrowia przemysłowej, Minister stwierdził:

„Bardzo ważnym odcinkiem domagającym się rozwinięcia działalności zapobiegawczej jest przemysłowa służba zdrowia. Nasze wysiłki szły dotychczas przede wszystkim w kierunku zapewnienia podstawowej pomocy leczniczej robotnikom przemysłowym, zbliżenia jej do zakładu pracy.

Jest to jednak całkowicie niewystarczające. Tam gdzie zapewniliśmy już podstawową pomoc lekarską należy natychmiast wysunąć następne zadanie: zorganizować podstawowe formy profilaktyki. Badanie przyjmowanych do pracy i badanie okresowe robotników; współpraca z komisjami bezpieczeństwa i higieny pracy, z radą zakładową i dyrekcją zakładu, stały kontakt lekarzy z zakładem pracy, stopniowe usuwanie czynników szkodliwych — pozwolą osiągnąć stałą poprawę warunków higienicznych pracy i stałą poprawę stanu zdrowotnego robotników przemysłowych. Bez pracy zapobiegawczej przemysłowa służba zdrowia jest jednostronna, niepełna, niezadawalająca".

Mówiąc o konieczności rozszerzenia szczepień BCG Minister stwierdza, że wykonuje się ich za mało, że drogą do umasowienia szczepień będzie wzmożona ich propaganda oraz oświata szerokich mas społeczeństwa w tym zakresie.

WALKA O POZIOM

Zwrot do walki o jakość i o poziom polegać będzie na przejściu do wzmożonego **szkolenia, doszkalania i specjalizacji kadr.**

Począwszy od klinik Akademii Medycznych, a skończywszy na szpitalu powiatowym będzie odbywało się masowe szkolenie i specjalizacja *w toku pracy zawodowej*. Programy tego szkolenia są już w większości opracowane i wprowadzone.

Minister stwierdza następnie, że niezbędne jest, aby każdy szpital prowincjonalny stał się pewnego rodzaju *ośrodkiem szkolenia* — dla swego terenu. Minister mówi:

„Dla pomyślnego wykonania zadania masowego szkolenia, musi wytworzyć się w całej służbie zdrowia właściwy klimat. Dla powstania takiego klimatu mamy również wszelkie warunki. W szkoleniu jest ogromnie zainteresowana młodzież lekarska, która pragnie się uczyć i zdobywać coraz wyższe kwalifikacje. Dla zagadnienia szkolenia i walki o poziom — okazują ogromne zainteresowanie nasi wybitni fachowcy, zarówno praktycy jak i naukowcy. Jest to zagadnienie, cieszące się w naszym środowisku ogromną popularnością. Coraz rzadsze są już dziś wypadki zeszłowiecznej zazdrości zawodowej, niechęć do dzielenia się wiedzą i doświadczeniem z młodym kolegą, niedopuszczanie do zabiegów itp. Takie wypadki, jeśli się zdarzą, powinny być niepiętnowane przez opinię naszego środowiska, a władze służby zdrowia powinny wyciągnąć z takich faktów właściwe wnioski.

Powinniśmy zmobilizować wokół hasła zdobywania coraz wyższych kwalifikacji — całe środowisko pracowników służby zdrowia.

Również pilnym zadaniem jest **podnoszenie kwalifikacji personelu średniego.** W ostatnim okresie mieliśmy cały szereg dowodów niedoceniania tego zagadnienia przez kierownictwo służby zdrowia w poszczególnych województwach. Lekkomyślnie dopuszczono przyuczone lub młodsze pielęgniarki, bez wymaganego okresu pracy szpitalnej, do egzaminu państwowego. Również szkolenie w czasie pracy zawodowej nie wszędzie odbywa się systematycznie. Taka praktyka godzi w zawód pielęgniarski, obniża poziom i kwalifikacje pielęgniarstwa. Stałe i starannie prowadzone szkolenie w toku pracy zawodowej przyuczonych i młodszych pielęgniarek — musi być jednym z ważnych zadań podnoszenia poziomu służby zdrowia.

Gdybyśmy, stawiając zadania w dziedzinie walki o podniesienie poziomu — ograniczyli się jedynie do troski o poziom fachowy — postawilibyśmy zagadnienie niesłusznie, połowicznie i nie osiągnęli pełnego rezultatu. **Sprawa poziomu pracownika służby zdrowia, to nierozłącznie ze sobą związane dwie strony tego samego zagadnienia — poziomu fachowego i ideologicznego.**

Trudno mówić o budowie socjalistycznej służby zdrowia, o zmianach podnoszenia poziomu fachowego, nadania naszej pracy niezbędnej treści społecznej, powiązania jej najściślejszego z nurtem budownictwa socjalistycznego, gdy podstawowa masa fachowych pracowników służby zdrowia — jeszcze bardzo niedostatecznie, a nierzadko zupełnie, nie zna podstaw teoretycznych marksizmu-leninizmu i po prostu nie zupełnie jasno rozumie to, co się

dokoła niej dzieje. Ignorancja polityczna jest poważną przeszkodą w pracy każdej dziedziny. Droga do jej jak najpełniejszej likwidacji, to przede wszystkim masowe, systematyczne szkolenie ideologiczne. Wiele instytucji służby zdrowia zrobiło już poważne postępy w tej dziedzinie. Jednakże, nie wszyscy pracownicy, a przede wszystkim nie wszyscy pracownicy fachowi — zostali objęci szkoleniem ideologicznym. Jego systematyczność i poziom budzą bardzo często duże zastrzeżenia. Dlatego sprawom: szkolenia ideologicznego, jego programu, metodyki i organizacji — będziemy musieli, wespół ze Zw. Zawodowym Prac. Sł. Zdr. i Polskim Towarzystwem Lekarskim — poświęcić w roku bieżącym wiele pracy i doprowadzić do poprawy w tej dziedzinie".

Minister Sztachelski mówi następnie o podniesieniu poziomu lecznictwa otwartego, poziomu pomocy dla obłożnie chorych w domu, poziomu lecznictwa przemysłowego i wiejskiego, a w szczególności PGR-ych, wreszcie o sprawie czystości i porządku oraz dokumentacji w szpitalnictwie.

Przechodząc do sprawy sprawności organizacyjnej w służbie zdrowia, Minister stwierdza:

„Charakter pracy służby zdrowia wymaga surowej i wysokiej dyscypliny, porządku i sprawności. Na tym, między innymi, ma polegać podwyższenie gotowości służby zdrowia do obrony naszego kraju".

Minister dr J. Sztachelski porusza wreszcie sprawę czujności wobec wroga mogącego zakraść się w szeregi służby zdrowia.

Kończąc swój referat, Minister mówi:

„Stoimy przed wielką kampanią polityczną w naszym kraju: na jesieni obecnego roku mają się odbyć wybory do rad narodowych. Służba zdrowia jest ważną dziedziną pracy rad narodowych.

Osiągnięcia służby zdrowia, jej opinia i autorytet w masach, jej sprawność działania, atmosfera stosunku do człowieka — będą ważkim argumentem w kampanii wyborczej; kampanii, której zadaniem jest wzmocnić szeregi Frontu Narodowego, wzmocnić i powiązać z masami rady narodowe, ważne ogniwo władzy ludowej w Polsce.

Do szerokiej kampanii politycznej — służba zdrowia powinna przygotować się sumienną pracą, surową walką z brakami i błędami, przepojeniem pracy najszerszych rzesz pracowników służby zdrowia atmosferą najwyższej, stalinowskiej troski o człowieka".

A. S.

Dr KAZIMIERZ DĄBROWSKI
V-Dyrektor Lecznictwa Zespołu Sanatoriów w Zakopanem.

BARBARA FORTUNOWA
Przełożona pielęgniarek Sanat. im. dr T. Chałubińskiego w Zakopanem

GRUŹLICA A CIĄŻA

Od wielu lat nauka zajmowała się stosunkiem ciąży do gruźlicy. Długi czas wierzono, że ciąża niekorzystnie wpływa na gruźlicę płuc i może być dla ciężarnej chorej przyczyną obostrzenia choroby, względnie ciężkich powikłań, a nawet śmierci. Dlatego właśnie gruźlica, szczególnie gruźlica płuc, często stanowiła wskazania do przerwania ciąży. Uważano, że przerwanie ciąży powstrzymuje rozwój choroby. Byli jednak i tacy lekarze, którzy uważali ciążę za obojętną, a nawet korzystną dla chorych na gruźlicę.

Obecna polityka populacyjna państw socjalistycznych, które otaczają kobietę ciężarną i jej dziecko specjalną troską i opieką — nakazuje ponownie rozpatrzenie problemu wzajemnego oddziaływania na siebie gruźlicy i ciąży w świetle nowych zdobyczy wiedzy o zapobieganiu i leczeniu gruźlicy.

Nic więc dziwnego, że w ostatnich czasach ukazały się w polskiej literaturze lekarskiej dwie poważne prace na ten temat, a mianowicie: praca dr *J. Madeya* z 1951 r. i doc. dr *Zierskiego* z 1952 r.; na tych pracach — między innymi — opieramy się pisząc niniejszy artykuł.

Omawiane zagadnienie stosunku ciąży do gruźlicy było referowane i dyskutowane na ogólnym zebraniu naukowym pielęgniarek Państwowego Zespołu Sanatoriów w Zakopanem, w dniu 27.II.53 r. i praca obecna jest syntezą referatu ob. *Fortunowej,* głosów dyskusji oraz wymienionych prac polskich i zagranicznych.

Nie będziemy zajmować się teoretyczną stroną zagadnienia, przytaczaniem doświadczeń na zwierzętach i cytowaniem (sprzecznych zazwyczaj) głosów różnych autorów na interesujący nas temat. Wejdziemy od razu w sedno sprawy, stawiając następujące praktyczne i konkretne pytania:

1) czy ciąża wywiera szkodliwy wpływ na gruźlicę płuc i innych narządów, a jeśli tak, to w którym okresie ciąży jest on najwyraźniejszy?

2) jeśli szkodliwy wpływ istnieje, czy możemy mu przeciwdziałać i w jaki sposób?

3) czy i jakie są wskazania do przerwania ciąży u kobiet chorych na gruźlicę?

4) jakie zadania ma do spełnienia pielęgniarka wobec kobiet ciężarnych, chorych na gruźlicę?

WPŁYW CIĄŻY NA GRUŹLICĘ PŁUC W POSZCZEGÓLNYCH OKRESACH

Musimy przede wszystkim uprzytomnić sobie, że gruźlica płuc ma różne postacie, zarówno łagodne jak i złośliwe. Przebieg jej bywa również rozmaity i niedający się przewidzieć. Nie wdając się w opisywanie formy tej „choroby o stu twarzach", należy stwierdzić na podstawie licznych krytycznych obserwacji, że ciąża nie wywiera szkodliwego wpływu ani na wyleczone już zmiany płucne, ani nawet na zmiany czynne, niezbyt rozległe, o tendencjach dobrotliwych. Tak więc, nawet pierwotnie ciężko chore kobiety mogą po wyleczeniu gruźlicy rodzić bez szkody dla siebie i dziecka. Jedynie ciężkie, rozległe formy „suchotnicze", serowate, jamiste, uogólnione prosowate postacie i gruźlica nerek — mogą pod wpływem ciąży ulec obostrzeniu, ale ciążę uważać tu należy nie za czynnik wywołujący, lecz raczej za czynnik obciążający istniejące już złośliwe zmiany chorobowe, szczególnie u kobiet młodych, między 17 a 23 rokiem życia.

W rzadkich przypadkach w czasie ciąży lub po porodzie zdarza się zaostrzenie zmian gruźliczych wygojonych lub średnio zaawansowanych. Odsetek takiego zaostrzenia nie jest większy, niż u kobiet chorych, nieciężarnych w tych samych granicach wieku. Czyli nie można obwiniać ciąży, lecz samą gruźlicę, która wykazuje w pewnych przypadkach tendencję do dalszego postępu.

Zaostrzenie procesu gruźliczego może wystąpić w każdym okresie ciąży. Według autorów polskich — głównie po porodzie, rzadziej w drugiej połowie ciąży, najrzadziej zaś w pierwszych czterech miesiącach. Zaostrzenie w czasie ciąży może być cięższe i burzliwsze od zaostrzenia poporodowego. Jeśli więc można mówić o niebezpieczeństwie ciąży dla chorej na gruźlicę, to tkwi ono raczej w stanie płuc, jaki był przed zajściem w ciążę. Ciąża może się odbić niekorzystnie na stanie płuc, jeśli był on już ciężki, natomiast będzie znoszona dobrze, jeśli zmiany gruźlicze uległy wyleczeniu, względnie są podleczone lub też mają tendencje łagodne.

JAK PRZECIWDZIAŁAMY SZKODLIWEMU WPŁYWOWI CIĄŻY?

W dawniejszych czasach zaostrzenie choroby gruźliczej u ciężarnych bywało często istotnie niebezpieczne, nie znano bowiem środków, któreby uspakajały ewentualne zaostrzenie choroby. Poza tym istniały wówczas przesądy, że chorym ciężarnym nie można wykonywać odmy ani innych zabiegów z obawy, by nie zmniejszać powierzchni oddechowej płuc. Gruźlica krtani w erze przedstreptomycynowej była powikłaniem bardzo poważnym, stanowiącym wskazania do przerwania ciąży.

Dzisiejsza ftyzjatria, mając do dyspozycji streptomycynę, a obecnie również i hydrazyd kwasu izonikotynowego (nikozyd, itocyt, rimifon), może tymi środkami opanować zaostrzenie gruźliczego procesu płucnego, a także — wyleczyć zmiany krtaniowe. Poród pod osłoną streptomycyny jest bezpieczny, to również chroni rodzącą przed ewentualnym obostrzeniem bezpośrednio po porodzie. Dziś nie wahamy się wytworzyć sztucznej odmy piersiowej, jedno lub dwustronnej w razie zjawienia się zmian gruźliczych w czasie ciąży. Nie wahamy się, gdy istnieją po temu wskazania, poddać chorej i cięższym zabiegom zapadowym, jak odma zewnątrzopłucna czy torakoplastyka. W ten sposób opanowuje się zarówno obostrzenie ucichłego procesu, jak i wybuch świeżej sprawy. Według materiałów zebranych przez niemieckiego autora *H. Alexandra*, pomyślnie rodziły zarówno kobiety po przebytej 9-żebrowej torakoplastyce, jak chore z odmami jedno- i dwustronnymi, chore z odmami zewnątrzpłucnymi, a także chore z gruźlicą kręgów lędźwiowych.

WSKAZANIA DO PRZERWANIA CIĄŻY

Mając takie „zaplecze" terapeutyczne możemy obecnie bardzo znacznie zwęzić zakres wskazań do przerwania ciąży u chorych na gruźlicę. Będą one naszym zdaniem następujące:

a) bardzo rozległa gruźlica płuc oraz mniej rozległa, jeśli nie możemy zastosować leczenia, któreby rokowało powstrzymanie dalszego procesu;

b) gruźlica prosowata płuc;

c) gruźlica nerek, gdyż tutaj obawiamy się dodatkowego, ciążowo-toksycznego uszkodzenia nerek.

Wymienione zostały wskazania najważniejsze. Przerwania ciąży należy dokonać jedynie w pierwszych trzech miesiącach i zawsze pod osłoną streptomycyny. Jeśli sprawa gruźlicza, nawet bardzo rozległa, zostanie wykryta w późniejszych miesiącach ciąży — należy ciążę utrzymać i leczyć chorą wszystkimi dostępnymi sposobami.

Młode kobiety chore na czynną gruźlicę należy przestrzegać przed zachodzeniem w ciążę, aż do czasu stabilizacji procesu.

O CZYM POWINNA PAMIĘTAĆ PIELĘGNIARKA

Rejestracja

Każda ciężarna chora na gruźlicę musi być zarejestrowana w Poradni, poddana dokładnemu badaniu wstępnemu i co miesiąc — badaniom kontrolnym, gdyż nie wolno lekceważyć nawet starych zmian wygojonych.

Leczenie

W razie stwierdzenia świeżej sprawy, względnie obostrzenia starych zmian, chora powinna być leczona sanatoryjnie. Należy nakłonić chorą, aby poddała się takim zabiegom, jakie specjalista uzna za celowe, a więc najczęściej — leczeniu odmą.

Streptomycyna nie leczy

Jakkolwiek streptomycyna jest potężnym lekiem przeciwgruźliczym, należy chorą pouczyć, że sama streptomycyna nie leczy jam i zmian „wrzodziejących". Należy podważyć wiarę chorych we wszechmoc streptomycyny i rimifonu, bowiem leki te uciszają jedynie ostry wyskok choroby, nie lecząc jej jednak.

Ciąża nie pogarsza choroby

Należy przeciwdziałać przerywaniu ciąży, uświadamiając, że ciąża nie pogarsza choroby gruźliczej ani nie odbija się niekorzystnie na dziecku, jeśli zostanie ono zabezpieczone szczepieniem ochronnym metodą Calmette'a (BCG)

Dobre warunki bytu

Ciężarna, chora na gruźlicę, musi mieć zapewnione możliwie jak najlepsze warunki bytu, a w razie czynnej gruźlicy — leczenie sanatoryjne lub przynajmniej zmniejszoną ilość godzin pracy; sprawę tę załatwia się w referacie socjalnym miejsca pracy chorej. Należy następnie zwrócić szczególną uwagę na konieczność dobrego odżywiania się z uwzględnieniem dużej ilości białka i tłuszczu, oraz odpowiedniego zaopatrzenia w zespół witamin A, B_1, B_2, C, D, E, K i soli mineralnych (wapń, fosfór, żelazo). Należy pamiętać, że dieta, zawierająca mięso, masło, jajka, ser, jarzyny, owoce posiada dostateczną ilość witamin i wszystkich soli mineralnych.

Pacjentka musi przestrzegać zasad higieny ciąży, a więc utrzymywać w czystości skórę, jamę ustną, dbać o całość zębów, odbywać spacery, nosić podtrzymujący pas brzuszny itd. W ciągu 6 tygodni przed porodem nie wolno utrzymywać stosunków płciowych.

Poród

Chora na gruźlicę powinna poród odbywać zawsze w szpitalu, najlepiej na oddziałach wydzielonych, położniczo-ftyzjatrycznych, aby mieć równocześnie zapewnioną opiekę specjalisty chorób płucnych. Odmę — w razie gdy chora jest nią leczona — należy przed porodem znacznie rozprężyć. Poród z zasady odbywa się pod osłoną streptomycyny. Po porodzie często wskazane jest wytworzenie odmy otrzewnej (brzusznej) w celu zapewnienia nagle powstałej „próżni". Nie znajdując bowiem oparcia w powiększonej macicy, trzewia po porodzie opadają, ruchy przepony pogłębiają się, co może sprzyjać rozsiewom gruźliczym w dolnych częściach płuc.

Postępowanie z dzieckiem

Aby dziecko, nie uległo zakażeniu musi być po urodzeniu natychmiast od chorej odsunięte, ponieważ dziecko zaraża się gruźlicą, a nie dziedziczy jej — jak to sobie często wyobrażają ludzie nieuświadomieni. Dziecko trzeba w 3, 5 i 7 dniu życia zaszczepić doustnie szczepionką Calmette'a (BCG) i odsunąć na 6 — 8 tygodni z otoczenia chorych do środowiska bezwzględnie zdrowego.



Jeśli matka prątkuje, dziecko należy odżywiać odciągniętym mlekiem matki, lub karmić piersią, jeśli prątków się nie wykrywa. Podczas karmienia piersią, mimo iż prątków się nie stwierdza, należy zachować wszelkie ostrożności, a więc matka musi zbliżać się do dziecka jedynie z maseczką gazową, zakrywającą nos i usta oraz przed każdym karmieniem bardzo dokładnie myć mydłem i wodą ręce i piersi. Wiemy dziś, że w gruźlicy możliwe

jest zakażenie nie tylko inhalacyjne, kropelkowe czy pyłowe — przez kaszel, kichanie itp., ale także zakażenie „kontaktowe“, przez zabrudzenie rąk czy piersi. Jakąkolwiek drogą dziecko ulegnie zakażeniu: przez drogi oddechowe, pokarmowe czy błonę śluzową, z a w s z e powstają zmiany gruźlicze w węzłach wnękowych i w tkance płucnej.

Wiemy również, że niewykrycie prątków Kocha przy normalnym badaniu plwociny wcale nie świadczy o tym, że matka ich nie ma. Dokładniejsze, wielokrotne badanie plwociny i rozmazów krtaniowych przez zasiewanie plwociny lub szczepienie na świnkach — bardzo często wykrywa prątki tam, gdzie ich nie znajdowano przy badaniu mikroskopowym. Stąd konieczna najdalej idąca ostrożność, gdyż zakażenie w pierwszym kwartale życia powoduje wśród dzieci ogromną śmiertelność.

W 6 — 8 tygodniu po zaszczepieniu dziecko powinno być przebadane odczynem Pirqueta celem wykazania, czy popularnie mówiąc, szczepienie się „przyjęło“. Jeśli dziecko zaszczepione, pozostające wśród ludzi zupełnie zdrowych, wykazuje u j e m n y odczyn Pirqueta, należy je zaszczepić p o w t ó r n i e, tym razem doskórnie i znów odseparować od chorych na dalsze 6 — 8 tygodni. Jedynie w ten sposób zabezpieczymy dziecko przed gruźlicą tak groźną w wieku niemowlęcym. Gdy dziecko wróci następnie do środowiska chorych, należy je strzec przed m a s o w y m zakażeniem, zachowywać jak najdalej idącą ostrożność, nie ma bowiem tak idealnego szczepienia, któreby b e z w z g l ę d n i e chroniło dziecko przed gruźlicą.

Kontrola po porodzie

Matka chora na gruźlicę nawet ze starymi zmianami — powinna być kontrolowana rentgenologicznie co najmniej przez rok, co 6 — 8 tygodni, by nie przeoczyć ewentualnego obostrzenia choroby, co zawsze może się zdarzyć. Chore z czynną gruźlicą wymagają po porodzie bezwzględnie leczenia sanatoryjnego i dobrych warunków bytowych.

***

Dzieci matek chorych są tak biologicznie p e ł n o w a r t o ś c i o w e jak dzieci matek zdrowych. Jeśli wśród dzieci matek chorych na gruźlicę panuje nieco większa śmiertelność, bywa to następstwem jedynie wczesnego z a k a ż e n i a gruźliczego, czego — jak wyżej wspomniano — można uniknąć.

Przy zachowaniu przytoczonych ostrożności ciąża na pewno nie wpłynie ujemnie na matkę, dziecko zaś rozwijać się będzie normalnie.

Kazimierz Dąbrowski
Barbara Fortunowa

Dr ROMAN KORDECKI

Zagadnienia elektronarkozy

DZIAŁANIE prądu elektrycznego na ustrój żywy było od dawna przedmiotem zainteresowania licznych badaczy naukowych, a szczególnie żywo interesowano się ewentualnym zastosowaniem prądu elektrycznego dla celów n a r k o z y.

Pierwsze badania nad elektronarkozą rozpoczął *D'Arsonval* już w 1890 r. Jednakże osiągnięcie pewnych zachęcających wyników zawdzięczamy dopiero badaniom *Lediuka* i jego współpracowników w 1902 r. *Lediuk* dzięki pracom w zakresie działania prądu na ustrój żywy położył podwaliny pod dalszy rozwój tego zagadnienia. *Lediuk* przeprowadzał początkowo doświadczenia na zwierzętach, a następnie poddał się sam elektronarkozie.

Dla wywołania snu *Lediuk* posługiwał się prądem stałym o natężeniu od 0,5 do 10 mA*), o napięciu od 12 do 80 Volt i częstotliwości 100 — 200 drgań na sek. Celem wywołania snu u zwierzęcia przykładano do jego grzbietu oraz głowy elektrody wykonane z blachy cynkowej. Z chwilą włączenia prądu zjawiał się sen z wszelkimi typowymi objawami, jak: obniżenie napięcia mięśniowego, zwiotczenie ciała, zwolnienie akcji serca itd. Sen utrzymywał się jeszcze przez kilka minut po wyłączeniu prądu.

Badania na zwierzętach przekonały *Lediuka* o nieszkodliwości elektronarkozy, postanowił więc przeprowadzić to doświadczenie na sobie. Elektronarkozę podawali dwaj jego asystenci, *Rouxeau* i *Malherba,* stosując prąd o natężeniu 4 mA o napięciu 35 V, nie wzmacniano już siły prądu, ponieważ u *Lediuka* zjawiły się niepokojące objawy ze strony układu sercowo-naczyniowego. Doświadczenie trwało 20 minut.

Według opisu *Lediuka* elektronarkoza wprowadziła go w stan pewnego otępienia, słyszał rozmowy otoczenia, lecz nie mógł na nie reagować, wrażenia bólowe (przy nakłuwaniu skóry szpilką) były zniesione itd.

Dalsze badania nad wpływem prądów stałych na powstawanie snu doprowadziły do poznania jeszcze jednego ciekawego zjawiska, a mianowicie, że prąd stały przerywany (tzw. prąd Lediuka), działając na czuciowe włókno

*) milli-amper.

nerwowe poraża je, a tym samym wywołuje miejscowe znieczulenie powierzchni skóry, unerwionej przez ten nerw.

Badania nad znieczulającym działaniem prądu stałego przerywanego (Lediuka) znalazły szerokie zastosowanie w medycynie praktycznej, a mianowicie w fizykoterapii — przy leczeniu szeregu schorzeń układu nerwowego. Działając prądem stałym przerywanym (Lediuka) przez przyłożenie elektrod wzdłuż przebiegu nerwu, możemy spowodować znaczne obniżenie wrażeń bólowych.

W toku dalszych licznych badań nad praktycznym zastosowaniem elektronarkozy w medycynie duże zasługi położyli uczeni radzieccy: *Kalendarow, Wasiljew, Pietrow* i inni. Dzięki nim ulepszono, względnie skonstruowano nowe precyzyjne aparaty do elektronarkozy dla człowieka. Do wywołania elektronarkozy u człowieka używa się prądów stałych przerywanych, a zwilżane ciepłym roztworem fizjologicznym elektrody przykłada się na okolicę czołową głowy oraz na kark, tak że katoda znajduje się na oczach, anoda zaś na karku. Włączać i wyłączać prąd trzeba powoli. Przy włączaniu obserwujemy nieznaczne zwiększenie napięcia mięśni twarzy. Przy zmniejszaniu siły prądu napięcie mięśni twarzy zmniejsza się, oddech pogłębia się, tętno zwalnia się i po kilku minutach rozwija się sen w całej pełni. Po wyłączeniu prądu człowiek pozostaje w stanie normalnego snu fizjolgicznego przez kilka godzin.

Najnowszy aparat skonstruowany obecnie w ZSRR przez inż. *Sanina E.* N-T-1 daje pełną gwarancję bezpieczeństwa życia.

L e c z e n i e elektronarkozą znajduje zastosowanie w tych wypadkach, gdy chodzi o fizjologiczne przedłużenie okresu snu. Czynione są także próby nad stosowaniem elektronarkozy przy pewnych z a b i e g a c h c h i r u r g i c z n y c h.

Elektronarkoza nie wywiera na ustrój człowieka żadnego szkodliwego wpływu.

Roman Kordecki

DR K. ŁODZIŃSKI

Pogłębiajmy nasze wiadomości zawodowe

Leczenie przedoperacyjne (2)

Szczegóły techniczne niektórych zabiegów w okresie leczenia przedoperacyjnego w przypadkach ostrych zespołów brzusznych

Do niedawna w oddziałach chirurgicznych panowało powszechne przekonanie, że w razie stwierdzenia objawów tzw. „ostrego brzucha", trzeba koniecznie jak najszybciej wykonać zabieg operacyjny. Rozumowanie to uzasadniał bardzo szybko pogarszający się stan chorego w przebiegu takich cierpień, jak niedrożność przewodu pokarmowego, pęknięcie wrzodu żołądka itp.

Istotnie szybko wykonany zabieg operacyjny przerywał nasilające się zaburzenia i niejednokrotnie prowadził do całkowitego wyzdrowienia. Najlepsze wyniki dawał zabieg wykonany w ciągu pierwszej doby od chwili zachorowania, w miarę upływu czasu udanych wyników było coraz mniej. Co więcej, zabieg operacyjny stawał się niekiedy czynnikiem wyraźnie pogarszającym stan chorego, tak że po upływie 24 godzin od chwili zachorowania nie podejmowano się już zazwyczaj operacji. Dotyczyło to zwłaszcza ciężkich stanów wstrząsu i zapaści i wówczas starano się najpierw podnieść siły obronne ustroju.

W świetle dzisiejszych wiadomości o procesach biochemicznych w ciężkich stanach wstrząsu — postępowanie takie okazuje się słuszne.

Zasada rozpoczęcia leczenia możliwie jak najszybciej od momentu zachorowania obowiązuje nadal w całej rozciągłości, ustalono jednakże inny t r y b p o s t ę p o w a n i a, który polega: 1) na wyrównaniu najpierw zaburzeń powstałych w ustroju, 2) na wyprowadzeniu chorego z wstrząsu, 3) na maksymalnym podniesieniu sił żywotnych pacjenta i 4) — dopiero w takim stanie — na wykonanie zabiegu operacyjnego.

L e c z e n i e p r z e d o p e r a c y j n e j e s t d z i ś r e g u ł ą, o d k t ó r e j n i e w o l n o o d s t ę p o w a ć.

Na personel pielęgniarski w okresie leczenia przedoperacyjnego przypada obowiązek wykonywania szeregu zabiegów, mających bardzo istotne znaczenie dla ratowania życia chorego.

Z uwagi na ograniczone ramy niniejszego artykułu omówimy później dwa zabiegi:

1 — stałe opróżnianie żołądka i jelit przez odsysanie,

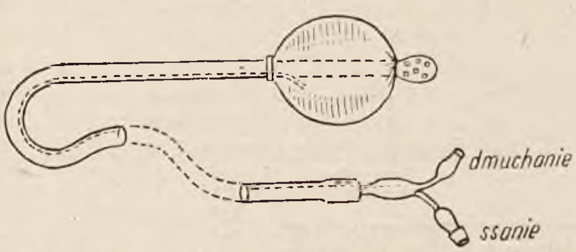
2 — dożylne wlewania kropelkowe.

ODSYSANIE

Opróżnianie żołądka, a następnie stałe odsysanie zawartości żołądka i jelit przeprowadza się głównie w stanach niedrożności przewodu pokarmowego. Zabiegi te mają na celu usunięcie nadmiaru gazów, płynu przesiękowego oraz treści pokarmowej, która rozkłada się i zatruwa organizm, gdyż na skutek jakiejś przeszkody nie może przesunąć się dalej wzdłuż światła jelita.

Do tego celu służą specjalne sondy: Miller-Abbota i Levina.

Sonda Miller-Abbota, składa się z długiej gumowej rurki, w której świetle mieszczą się jeszcze dwie cieńsze rurki. Jedna z nich, zakończona metalową nasadką z dość dużymi otworkami służy do odprowadzenia treści zalegającej w przewodzie pokarmowym, druga zaś — do napełniania powietrzem gumowego balonika, otaczającego metalową nasadkę sondy. Powietrze do tego balonika wdmuchuje się za pomocą strzykawki lub gumowej gruszki z wentylem.



Ryc. 1. Sonda Miller - Abbota

Rycina pierwsza przedstawia schematycznie sondę Miller-Abbota. Na jednym końcu widoczna jest metalowa nasadka z dużymi otworkami i otaczający ją balonik, na drugim zaś — dwa metalowe zakończenia, szersze dla odsysania, węższe dla wdmuchiwania powietrza.

Sposób użycia

Przed użyciem sondę Miller-Abbota należy wyjałowić oraz skontrolować drożność rurek i wypełnianie się balonika powietrzem. Przed wprowadzeniem sondy błonę śluzową gardła znieczula się p a n t o k a i n ą za pomocą rozpylacza. Następnie natłuszcza się sondę gliceryną, parafiną lub oliwą i ostrożnie wprowadza przez usta (czasami przez nos) do przełyku i żołądka. Należy zabezpieczyć sondę przed zgryzieniem, umieszczając między zębami pacjenta wałek z gazy, przymocowany przylepcem do twarzy. Trzeba zwracać baczną uwagę, aby chory, dotyczy to zwłaszcza dzieci i pacjentów szczególnie wrażliwych, nie próbowali wyciągnąć sondy.

Po sprawdzeniu (przez aspirowanie treści), że sonda istotnie znajduje się w żołądku, napełniamy żołądek powietrzem, a chorego układamy na prawym boku, na wałku. Oczekujemy w tych warunkach, że metalowa nasadka sondy opadnie i przejdzie do dwunastnicy. Gdy sonda znajduje się już w jelicie, wypuszcza się powietrze z żołądka i napełnia balonik około 20 ml powietrza. Rozdęty balonik, dotykając ścian jelita drażni je i wywołuje skurcze perystaltyczne, dzięki czemu przesuwa się coraz dalej. I to właśnie, że sonda tkwi głęboko w jelicie cienkim wykorzystuje się do wysysania zawartości, przepłukiwania go, a nawet podawania płynów odżywczych.

W stanie niedrożności porażennej, sonda Miller-Abbota jest bodźcem wywołującym skurcze perystaltyczne i z tego względu może być skutecznym środkiem terapeutycznym. Sonda przebywa w przewodzie pokarmowym od 24 — 48 godzin (u dzieci krócej z uwagi na możliwość przedziurawienia jelita).

Chory, któremu założono sondę Miller-Abbota, powinien być stale pilnie doglądany. Co pewien czas należy sprawdzić drożność sondy. W razie zatkania, gdy treść jelitowa nie wydobywa się na zewnątrz, sondę przepłukujemy, używając do tego strzykawki z ciepłym roztworem soli lub kwasu bornego. Mogą to wykonywać pielęgniarki na zlecenie lekarza. Ważne jest też kontrolowanie, czy pompa nie ssie zbyt mocno, gdyż nie jest to obojętne dla chorobowo zmienionej ściany jelita (możliwość krwawień na skutek wytworzenia się próżni). W wypadku zaś, gdy pompa ssąca zawodzi, odsysamy za pomocą strzykawki. Praktycznie najpierw przepłukujemy, a następnie odsysamy rozcieńczoną zawartość przewodu pokarmowego.

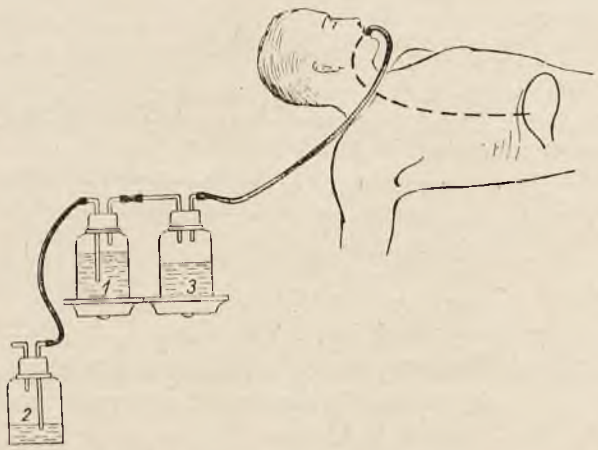
Przed usunięciem sondy, wypuszcza się powietrze z balonika a następnie powoli, stopniowo wyciąga się ją na zewnątrz.

Dość skomplikowaną sondę Miller-Abbota zastępuje z powodzeniem sonda Levina, nie posiadająca ani powietrznego balonika, ani metalowych nasadek. Szczególnie u dzieci sonda Levina okazała się bardzo praktyczna, ponieważ można ją łatwo wprowadzić przez nos, a następnie wykonywać stały drenaż ssący żołądka za pomocą pompy ssącej lub strzykawki. Przekonano się, że samo opróżnianie treści dwunastnicy i jelit jest dostatecznym bodźcem dla powstawania ruchów robaczkowych.

Sonda Levina zazwyczaj tkwi w żołądku. Opróżnianie żołądka w przypadkach niedrożności powoduje cofanie się treści jelit wstecz, przez co uzyskuje się również opróżnienie przewodu pokarmowego. Sonda Levina może przebywać w jelitach dłużej aniżeli sonda Miller-Abbota, a obawa co do przedziurawienia ściany jelita jest mniejsza.

Samo wprowadzenie sondy żołądkowo-jelitowej wykonuje lekarz, ale udany wynik tego zabiegu w dużej mierze zależy od pielęgniarki: od sposobu ułożenia i przytrzymywania chorego, od sprawnego przygotowania, sprawdzenia

drożności sond, od przyszykowania wszystkich potrzebnych dodatkowych przedmiotów — strzykawek, płynu do przepłukiwania przewodu pokarmowego o temperaturze 35⁰, miseczek, nerek, fartuchów gumowych, gliceryny lub oleju parafinowego, urządzeń ssących, jednym słowem tego wszystkiego, o czym przed chwilą mówiliśmy.



Ryc. 2. Schemat urządzeń ssących

Na rycinie 2 przedstawiony jest schemat urządzeń ssących. Widzimy chorego, któremu założono sondę do żołądka. Sonda połączona jest z systemem trzech naczyń. Z naczynia 1. woda, na skutek różnicy ciśnienia przepływa do naczynia 2. W ten sposób w naczyniu 3. wytwarza się próżnia. To ujemne ciśnienie w naczyniu 3. wystarcza dla odessania zawartości żołądka. W razie braku odpowiedniego urządzenia ssącego, drenaż wykonuje się za pomocą strzykawki.

DOŻYLNE WLEWANIA KROPELKOWE

Wlewania dożylne, jako lecznicza metoda wprowadzenia płynów do ustroju, stanowią zdobycz ostatnich 20 lat i stały się niezbędnym środkiem terapeutycznym przede wszystkim oddziału chirurgicznego.

W leczeniu przedoperacyjnym korzysta się szeroko z wlewań do żyły, dzięki czemu najszybciej zrównoważyć można ujemny bilans wodno-elektrolitowy i białkowy w przemianie materii ustroju. W praktyce za pomocą tzw. kroplówek dożylnych podaje się roztwory 0,9% chlorku sodu, 5% glukozy oraz plazmę, krew konserwowaną itp.

Nazwa „kroplówki" pochodzi od sposobu podawania płynów, które przechodzą do ustroju z szybkością kilkudziesięciu kropli na minutę.

Aparat do kroplowych wlewań dożylnych składa się z trzech zasadniczych części:

1 — kalibrowanego zbiornika szklanego, zamkniętego gumowym korkiem,

2 — systemu rurek gumowych doprowadzających z zaciskaczem (regulatorem szybkości przepływania płynów), filtrem, kroplomierzem oraz metalowymi końcówkami dla igieł;

3 — stojaka dla umieszczenia zbiornika płynu.

Mechanizm kroplówki dożylnej

Na dość wysokim stojaku zawiesza się kalibrowany zbiornik z płynem jaki mamy przetaczać. Na skutek różnicy wysokości wytwarza się dostateczne ciśnienie, aby umożliwić przejście płynu do żyły chorego przez system gumowych rurek. Ciśnienie płynu w zbiorniku wzrasta, jeśli wprowadzimy doń powietrze przez jedną z rurek.

Po zwolnieniu zaciskacza światło rurki gumowej otwiera się i płyn ścieka w kierunku żyły chorego, a po drodze oczyszcza się w specjalnym filtrze z metalowej siatki lub gazy. Filtr ten w szklanej wstawce włączony jest w system rurek gumowych. Podobnie włączony jest szklany kroplomierz, poprzez który z łatwością można obserwować przepływanie płynu. Za pomocą prostej manipulacji zaciskaczem możemy dowolnie regulowac szybkość kropli przepływających w ciągu minuty.

Wyjaławianie i przechowywanie

Specjalne przepisy ustalają sposób przygotowania naczyń i urządzeń do kroplówek dożylnych. Przepisy te opracowane przez Instytut Hematologii w Warszawie odnoszą się w zasadzie do urządzeń dla przetaczania krwi konserwowanej, jednakże mogą i powinny obowiązywać przy przygotowaniach wszelkich kroplówek.

Przygotowanie naczyń szklanych do kroplówek dożylnych:

1 — wymyć naczynia dokładnie pod bieżącą wodą;

2 — zanurzyć naczynia na 24 godz. w naczyniu kamiennym, wypełnionym 5% kwasem solnym;

3 — przemyć naczynia starannie szczotką w wodzie z sodą;

4 — wypłukać kolejno — w 1% wodnym rozczynie sody;
— w 0,5% roztworze amoniaku;
— kilka razy w wodzie wodociągowej;
— kilka razy w wodzie destylowanej;

5 — sterylizować pod bieżącą parą w ciągu 30 minut w autoklawie;

6 — przechowywać w koszu w sterylizowanych serwetkach.

Mycie drenów gumowych do kroplówki:

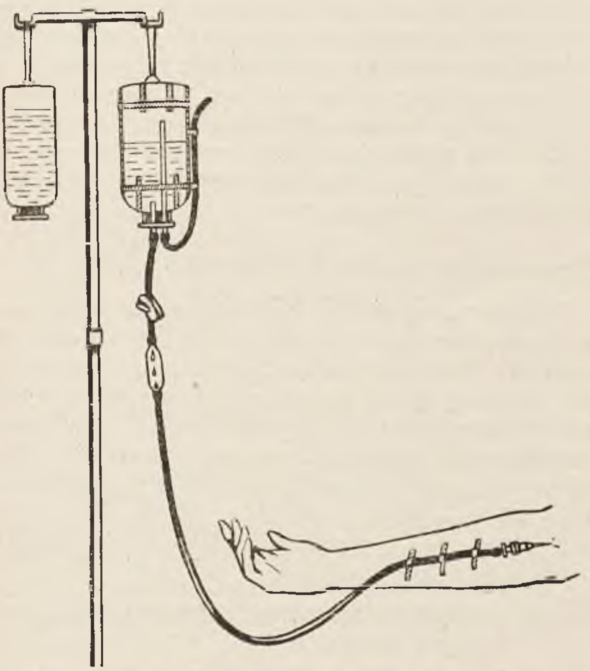
1 — kilkakrotnie wymyć w bieżącej, ciepłej wodzie, dokładnie usuwając talk;

2 — moczyć w naczyniu z wodą destylowaną 5 — 6 godzin;

3 — wymyć w bieżącej wodzie;
4 — wymyć w wodzie destylowanej;
5 — gotować 20 min. w fizjologicznym roztworze soli;
6 — przechowywać w jałowym sterylizatorze.

Mycie igieł do kroplówek:

1 — wymyć w 0,5% roztworze amoniaku;
2 — gotować 20 min. w wodzie destylowanej;
3 — przedmuchać i osuszyć igłę i mandryn;
4 — wsunąć do igły mandryn natłuszczony parafiną;
5 — przechowywać w roztworze parafiny z eterem (3 g parafiny w 100 ml eteru).



Ryc. 3. Schemat urządzenia kroplówki dożylnej

Przygotowanie do kroplówki dożylnej

Wlewanie dożylne jest zabiegiem chirurgicznym i jako takie wymaga bezwzględnej aseptyki. Jest to warunek nieodzowny, od którego nie wolno odstępować.

Najlepiej jest ułożyć wszystkie potrzebne przyrządy na stoliku chirurgicznym, pokrytym jałową serwetką. Powinni się tam znajdować: komplet rurek gumowych, igły, strzykawka i miseczka z 4% cytrynianem sodowym, szczypczyki, gaziki i waciki — wszystko jałowe.

Ponadto należy w pobliżu przygotować butelkę z eterem lub spirytusem do oczyszczenia skóry chorego i gumowego korka butelki, zawierającej płyn jaki mamy podać, dalej opaskę Esmarcha lub dren gumowy do zaciśnięcia kończyny, przylepiec i nożyczki.

Dla unieruchomienia kończyny chorego trzeba przygotować deseczkę owiniętą watą i bandażem oraz elastyczną opaskę.

Przy łóżku chorego ustawia się stojak, na którym zawieszone będą butelki z odpowiednimi roztworami (np. 0,9% soli, 5% glukozy, krwi konserwowanej itp.).

Wykonanie kroplówki dożylnej

Po sprawdzeniu całego urządzenia przystępuje się w następującej kolejności do wykonania zabiegu:

1 — dezynfekcja korka butelki z odpowiednim lekiem — wacikiem przepojonym spirytusem;
2 — zamknięcie zacisku na rurce gumowej i wbicie igły w korek butelki;
3 — wbicie drugiej igły, połączonej z rurką gumową dla dopływu powietrza;
4 — sprawdzenie drożności zestawu rurek i igieł;
5 — zwolnienie na chwilę zacisku, celem wypuszczenia powietrza z zestawu;
6 — zamknięcie zacisku i zabezpieczenie obwodowe końcówki jałowym gazikiem;
7 — dezynfekcja skóry chorego w miejscu wkłucia igły i nałożenie gumowego drenu;
8 — wprowadzenie igły do żyły (najczęściej przy użyciu strzykawki wypełnionej 4% cytrynianem sodu);
9 — zdjęcie opaski uciskającej kończynę;
10 — połączenie rurki gumowej aparatu z igłą tkwiącą w żyle;
11 — odkręcenie metalowego zacisku i kontrola przepływających kropli;
12 — umocowanie igły na podłożonym jałowym gaziku za pomocą przylepca;
13 — regulacja szybkości podawania płynu;
14 — unieruchomienie kończyny chorego;
15 — kontrola działania aparatu i kroplówki.

Największe trudności zdarzają się przy wprowadzaniu igły do żyły chorego, zwłaszcza jeśli jest to niemowlę, małe dziecko lub osobnik z obfitą podściółką tłuszczową. Trudnościom tym można zaradzić, wyszukując przed zabiegiem najkorzystniejsze miejsca wkłucia. W ostateczności wykonuje się operacyjne odsłonięcie żyły — *venesectio*.

Najczęstsze błędy

Bywają i inne trudności, wynikające już to z nieodpowiedniego przygotowania, już to z nie-

prawidłowego wykonania zabiegu. Do najpospolitszych błędów zaliczyć trzeba:

1 — zaniedbanie zasady aseptyki;
2 — niesprawdzenie drożności aparatu i igieł;
3 — nieumiejętne przygotowanie zestawu.

Do kardynalnych błędów należy niewypuszczanie powietrza z rurki gumowej przed połączeniem jej z igłą, tkwiącą w żyle chorego, w następstwie czego duża bańka powietrza dostaje się do układu żylnego. W ten sposób może powstać zator powietrzny, który grozi choremu śmiercią.

Do błędów należy zaliczyć również słabe przymocowanie kończyny pacjenta. Jest to szczególnie ważne u dzieci, które wyrywają rączkę nie panując nad swymi odruchami. To samo dotyczy chorych nieprzytomnych.

Przebieg kropelkowego wlewania dożylnego

Kroplówka powinna być stale kontrolowana, przy czym zwracamy uwagę na:

1 — szybkość przepływu kropli;
2 — miejsce wkłucia do żyły;
3 — ewentualną obecność powietrza w rurkach.

W razie zatrzymania się przepływu albo przechodzenia płynu poza igłę lub pod skórę chorego, należy kroplówkę przerwać, zamknąć zacisk i niezwłocznie zawiadomić lekarza dyżurnego.

Bardzo ważna jest obserwacja ogólnego stanu chorego. Kroplówka może być niekiedy przyczyną drgawek i innych zaburzeń. Zdarza się to — zresztą bardzo rzadko — gdy w podanym roztworze znajdują się tzw. ciała pirogenne. Stany te wymagają natychmiastowej interwencji lekarskiej, i w tym wypadku dalsze podawanie należy przerwać i zaalarmować lekarza.

W okresie końcowym zabiegu nie wolno od chorego odejść ze względu na niebezpieczeństwo dostania się do żył powietrza, co — jak o tym poprzednio wspomniano — może zakończyć się śmiercią chorego.

Pielęgniarka zamyka zacisk i wyjmuje igłę z żyły; miejsce wkłucia uciska jałowym gazikiem, a następnie przymocowuje opaską gazową lub przylepcem.

Wykonanie kroplówki notuje się w karcie gorączkowej lub w książce zabiegowej z uwzględnieniem ilości i rodzaju płynu oraz reakcji chorego w czasie i po zabiegu.

Kazimierz Łodziński

ECHO APELU

W ODPOWIEDZI na apel pielęgniarek I Kliniki Chorób Wewnętrznych Akademii Medycznej w Warszawie, zamieszczony w styczniowym numerze „Pielęgniarki Polskiej“ rb., my pielęgniarki i salowe Szpitala Miejskiego w Gdyni dla uczczenia Międzynarodowego Dnia Kobiet podjęłyśmy zobowiązanie wprowadzić w życie naszego Szpitala „Pawłowizm dnia codziennego“.

Do tego zobowiązania przyłączyli się wszyscy pracownicy szpitala.

Po powzięciu zobowiązania przeprowadzono szereg odpraw z personelem w celu zapoznania go z metodą I. P. Pawłowa. Następnie wybrano komisję, w skład której wchodzą: wybitny lekarz-internista, przełożona pielęgniarek, dyrektor administracyjny oraz aktywne pielęgniarki i salowe naszego Szpitala.

Komisja opracowała regulamin w oparciu o 4 zasadnicze punkty metody Pawłowa, jak:

1) walka z hałasem,
2) walka z bólem,
3) walka z bezsennością oraz
4) estetyka szpitala.

Przystąpiono następnie do usuwania drobnych usterek, które mogłyby być przeszkodą przy wprowadzaniu tych zasad w życie. Przygotowano więc szereg napisów odpowiednich, przypominających na każdym kroku o ciszy niezbędnej dla chorych, wprowadzono dla całego personelu trójkątne błękitne znaczki z napisem „cisza“, przeprowadzono wreszcie na ten temat szereg pogadanek z chorymi i z dniem 8 marca w naszym szpitalu zaczęto wprowadzać w życie zasady Pawłowa.

Co tydzień dwaj członkowie Komisji mają za zadanie pełnić dyżury, to znaczy obchodzić wszystkie oddziały, kontrolując wyniki zobowiązania i notując usterki w celu ich usunięcia.

O trwałości tego systemu zadecyduje długofalowość zobowiązania i wytrwałość wszystkich pracowników. Zarówno personel jak i chorzy przyjęli wprowadzenie pawłowizmu dnia codziennego z entuzjazmem.

Spodziewamy się, że wprowadzenie pawłowizmu przyniesie dużo korzyści chorym, chroniąc ich system nerwowy, przyspieszy ich powrót do zdrowia, a tym samym powrót do warsztatu pracy.

WZYWAMY DO PODJĘCIA PODOBNEGO ZOBOWIĄZANIA WSZYSTKIE SZPITALE TRÓJMIASTA.

Barbara Zmudczyńska
(pielęgniarka)

Rola pielęgniarki w przemyśle (2)

ZANIM przejdziemy do omawiania samej techniki i organizacji pracy pielęgniarki przyzakładowej, zastanówmy się, jaką rolę odgrywa pielęgniarka w poszczególnych zakładach pracy i co powinna wiedzieć, aby stać się pełnowartościowym współpracownikiem lekarza.

Specyficzne warunki pracy w hutach, fabrykach czy kopalniach, zupełnie odmienne od warunków takiej placówki służby zdrowia, jaką jest szpital, ośrodek zdrowia lub centralna przychodnia — wymagają dużego doświadczenia pielęgniarki przemysłowej.

Gdy wchodzimy do przemysłowego zakładu pracy, onieśmiela nas panujący tu ruch, huk maszyn i zawrotne tempo pracy turbin, kół i pasów transmisyjnych. Wrażenie to jest tak silne, że w pierwszej chwili zapominamy zupełnie o najważniejszym elemencie tej fabryki — człowieku.

Po zapoznaniu się z życiem zakładu i technologią produkcji, zainteresujemy się przede wszystkim samym robotnikiem, który niejednokrotnie lekceważy swoje zdrowie, a często nie dostosowując się do przepisów higieny i bezpieczeństwa pracy — naraża swe życie.

Winnyśmy zdać sobie sprawę, że zdrowie robotnika, który realizuje Plan 6-letni, jest cennym skarbem nie tylko dla niego samego, ale także i dla całego społeczeństwa. Dlatego też w ramach planowej gospodarki stwarzamy mu odpowiednie warunki higieniczno-sanitarne, dbamy o jego zdrowie i polepszenie bytu.

PRACA OŚWIATOWA

Pielęgniarka przyzakładowa, która równocześnie musi być pedagogiem, wychowawcą i propagatorem zagadnień związanych z ochroną zdrowia robotnika, i to nie tylko w zakładzie pracy, ale i w jego środowisku domowym, ma do spełnienia bardzo poważne zadanie.

Praca kulturalno-oświatowa w zakładzie pracy polega na szerzeniu oświaty sanitarnej poprzez pogadanki, propagowanie czytelnictwa z tego zakresu, filmów i ruchomych wystaw. Praca ta wówczas wyda piękne owoce, gdy w oparciu o naukę Pawłowa, pielęgniarka pozna wpływ środowiska i specyfiki produkcji na psychikę robotnika ciężkiego przemysłu: górnika, hutnika, czy robotnika zatrudnionego w przemyśle chemicznym. Pielęgniarka powinna poznać w praktyce warunki pracy w poszczególnych zawodach; tak np. poznać pracę górnika, pozbawionego w czasie jej trwania światła i słońca i narażonego niejednokrotnie na niebezpieczeństwo. Poznanie warunków pracy górnika pozwoli pielęgniarce zrozumieć jego nieco odmienne zachowanie, poważne i skupione usposobienie.

OBSERWACJE

Stały, bezpośredni kontakt z człowiekiem pracy ułatwia pielęgniarce spostrzeganie objawów chorobowych, wykrywanie źródeł i przyczyn chorób zawodowych. Poznanie zaś rodzaju produkcji, surowca i narzędzi pracy, warunków higieniczno-sanitarnych, stałe oględziny warsztatów pracy, umożliwiają zebranie wielu trafnych spostrzeżeń. Obserwacje, które w codziennym raporcie pielęgniarka przekazuje lekarzowi przemysłowemu, wzbudzają czujność czynników powołanych do kontroli zdrowia pracujących.

Znając warunki zdrowotne danego zakładu pracy, pielęgniarka stara się zorganizować możliwie najlepszą pomoc w schorzeniach przewlekłych i nagłych wypadkach. Przebywając wiele godzin z pracownikami, pielęgniarka nawiązuje z nimi kontakt, który ułatwia jej wprowadzenie racjonalnych metod zapobiegawczych. Działalność pielęgniarki przemysłowej rozszerza się również na domowe środowisko robotnika. Kontakt z pracownikami w warsztacie i w domu umożliwia szerszy pogląd na choroby zawodowe, pozwala bowiem wykryć przyczyny zachorowań nie tylko w miejscu pracy, lecz i w środowisku domowym.

OPIEKA

Dokładna obserwacja całokształtu życia w zakładzie pracy pozwoli pielęgniarce przemysłowej na ustalenie planu racjonalnego zabezpieczenia zdrowia pracowników. Przyczyny wypadków pielęgniarka pozna opatrując robotników w ambulatorium fabrycznym. Niejednokrotnie przyczyn wypadków należy szukać również poza zakładem pracy — w środowisku domowym. Tu szerokie zastosowanie znajduje wywiad domowy, czyli praca w rejonie.

Kontakt, jaki pielęgniarka powinna nawiązać z czynnikami społecznymi na terenie fabryki: Radą Zakładową, Podstawową Organizacją Partyjną oraz kontakt z referentem BHP i dyrekcją ułatwi jej poważnie pracę.

Stała opieka lekarsko-pielęgniarska powinna być roztoczona zarówno nad zdrowiem fizycznym, jak i psychicznym robotnika, bowiem higiena pracy wiąże się bezpośrednio z jej bezpieczeństwem, tak więc niejednokrotnie przyczyną wypadku może być również zmęczenie fizyczne czy psychiczne. W oparciu o naukę

Pawłowa, pielęgniarka postara się wytworzyć taką atmosferę pracy i wypoczynku, która będzie miała dodatni wpływ na psychikę robotnika, postara się o zapewnienie mu rozrywek kulturalno-oświatowych w świetlicy robotniczej, o zainteresowanie załogi sportem, ruchem na świeżym powietrzu, co wzmoże fizyczną sprawność robotnika i polepszy jego samopoczucie.

Pielęgniarka powinna także pamiętać o konieczności podniesienia poziomu estetyki wnętrza, która wpłynie na polepszenie samopoczucia pracujących, a tym samym na wydajność ich pracy.

MŁODOCIANI I KOBIETY

Pielęgniarka przemysłowa powinna roztoczyć specjalną opiekę nad młodocianymi, czuwając nad systematycznością badań okresowych, wygłaszając odpowiednie pogadanki na tematy związane z higieną i bezpieczeństwem pracy oraz zwrócić uwagę młodocianych na konieczność przestrzegania przepisów sanitarnych. Obserwując młody element pracowniczy pielęgniarka powinna wyłowić bumelantów i alkoholików, którzy przyczyniają się do powiększenia statystyki zachorowań. Odpowiednią postawą i właściwym podejściem pielęgniarka powinna wzbudzić w tym młodym elemencie szacunek dla siebie i swojej pracy.

Pielęgniarka powinna otoczyć troskliwą opieką kobiety zatrudnione w zakładach pracy, a znając dokładnie ustawę o ich ochronie w przemyśle, wpłynąć na unormowanie ich pracy i przestrzeganie przez dyrekcję odnośnych przepisów.

KONTROLA URZĄDZEŃ SOCJALNYCH

Do zadań pielęgniarki przemysłowej należy również kontrola żłobków fabrycznych i stołówek.

Kontrolując stołówki pielęgniarka powinna zwrócić uwagę na stan higieniczny lokalu, jego estetykę, sposób wydawania i podawania pokarmów, na ich ciepłotę oraz kaloryczność. Powinna następnie otoczyć opieką stoły dietetyczne, które będą zorganizowane we wszystkich stołówkach fabrycznych. Stoły te będą pod stałą kontrolą lekarza zakładowego. W przeglądzie swym pielęgniarka nie może ominąć tzw. „mleczarni“ i „kawiarni“ robotniczej znajdującej się w zakładzie pracy.

*
**

Reasumując wyżej wymienione zadania pielęgniarstwa przemysłowego należy przyznać. że jest ich wiele i dla właściwego ich wykonania potrzebny jest służbie zdrowia liczny i odpowiednio przeszkolony personel.

POSTAWA PIELĘGNIARKI PRZEMYSŁOWEJ

Dla dobrego spełniania obowiązków przez pielęgniarkę przemysłową niezbędna jest jej właściwa postawa zarówno ideologiczna jak i zawodowa. Społeczny stosunek do pracy, ludzi i warsztatu, mocna więź klasowa, która winna łączyć pielęgniarkę przemysłową z klasą robotniczą, pomogą jej wywiązać się dobrze z powierzonego zaszczytnego zadania w przemyśle.

Celem podniesienia swej wiedzy fachowej pielęgniarka powinna się stale dokształcać, czytając odpowiednie pisma, książki, uczęszczając na wykłady, kursy i odprawy. Należy również zdobyć szacunek załogi, zachowując godność, powagę i życzliwość wobec otoczenia.

W. Lisowska

MGR JERZY JOŃCZYK

ŚRODKI LECZNICZE

Środki uspakajające centralny układ nerwowy

(ciąg dalszy)

Środki nasenne w małych dawkach działają uspokajająco na centralny układ nerwowy. Stosuje się je przy nadmiernej pobudliwości nerwowej, w stanach podniecenia, w chorobach nerwowych i psychicznych.

A. BROMKI.

Jony bromu (Br) działają hamująco na czynności centralnego układu nerwowego. Po podaniu odpowiedniej ilości bromu występuje osłabienie i zwolnienie czynności umysłowych, zanik lub zwolnienie odruchu wymiotnego oraz odruchów płciowych. Brom nie działa przeciwbólowo, zmniejsza natomiast wrażliwość kory mózgowej przez co ułatwia sen. Nasycenie organizmu bromkami przeciwdziała napadom epileptycznym, jednak po przerwaniu podawania bromków napady częstokroć powracają.

Bromki stosuje się w stanach podniecenia nerwowego, psychicznego i ruchowego, przy histerii, nadmiernej pobudliwości, bezsenności, jako leki przeciwwymiotne i znoszące pobudzenie płciowe.

Najszybciej działa bromek amonu, potasu i sodu, mniej energicznie — bromek wapnia i strontu. Związki organiczne bromu działają słabiej i wolniej.

Amonium bromatum. Bromek amonowy.

Biały, krystaliczny proszek bez zapachu, o smaku szczypiącym i słonym. Jest łatwo higroskopijny, dobrze rozpuszczalny w wodzie. Rozkłada się na świetle i należy chronić go w ciemnym szkle. Stosuje się w roztworze 6,0/180 3 razy dziennie po 2 łyżki.

Calcium bromatum. Bromek wapnia.

Biały, ziarnisty, krystaliczny proszek bez zapachu, o szczypiącym, słonym smaku, bardzo higroskopijny, bardzo dobrze rozpuszczalny w wodzie. Należy go chronić przed światłem. W obrocie znajduje się w substancji i w ampułkach 10% w 10 ml. Stosuje się 0,5—2,0 jednorazowo, 2—3 razy dziennie.

Kalium bromatum. Bromek potasu.

Biały, bezbarwny, zazwyczaj zbity w grudki proszek o ługowatym smaku, bardzo higroskopijny, rozpływa się na powietrzu, bardzo dobrze rozpuszczalny w wodzie. Stosuje się w roztworze 6,0/180, 3 razy dziennie po 2 łyżki stołowe.

Natrium bromatum. Bromek sodu.

Biały, krystaliczny, bezwonny proszek o słonym smaku. Higroskopijny ,bardzo rozpuszczalny w wodzie. W obrocie znajduje się w substancji i ampułkach 10% w 10 ml. Stosuje się go w roztworze 6,0/180,0 3 razy dziennie po 2 łyżki stołowe lub 1—2 ampułki dziennie.

Strontium bromatum. Bromek strontu.

Bezbarwne, bezwonne, higroskopijne kryształy o słono-gorzkim smaku. Bardzo łatwo rozpuszcza się w wodzie. Stosuje się 0,2 — 1,0 jednorazowo 2—4 razy dziennie.

B. ROŚLINNE ŚRODKI USPOKAJAJĄCE CENTRALNY UKŁAD NERWOWY.

Glandula Lupulli. Lupulinum. Gruczoł chmielu.

Zielonkawo- lub pomarańczowo-żółty, lepkawy proszek o silnym, aromatycznym swoistym zapachu i gorzkim smaku. Stosowany przy nadmiernej pobudliwości płciowej 0,2 — 0,5 jednorazowo, 2 razy dziennie.

Strobuli Lupuli. Szyszki chmielowe.

Stosowane w przypadkach jak glandula lupulli w naparze 10,0/200,0 — 3 razy dziennie po łyżce stołowej.

Herba Passiflorae. Męczennica. Ziele męczennicy.

Wysuszone ziele, Passiflora incarnata (rośliny nie rosnącej u nas w kraju). Stosowana w stanach podniecenia w postaci naparu 5,0/100,0 — 3 razy dziennie po łyżce stołowej.

Neo-spasmin.

Specyfik, flakony po 120,0 płynu, w skład którego wchodzą m. in.: *Extractum Valerianae* i *Extractum Crataegi.* Stosowany w stanach nadmiernego podniecenia, przy bezsenności, przy nerwicach 3 razy dziennie po łyżeczce od herbaty.

Rhizoma Valerianae. Radix Valerianae. Kłącze kozłka. Korzeń waleriany.

Wysuszone, podziemne części rośliny *Valeriana officinalis* (kozłek lekarski) o charakterystycznym, silnym zapachu. Stosuje się przy histerii, nadmiernej pobudliwości nerwowej, nerwicy naczyniowej, w naparach 10,0—20,0/200,0 — po 0,5 — 2,0 jednorazowo.

Sebrogal.

Specyfik, tabletki 1,5 zawierające *Natrium bromatum* 1,0 oraz wyciąg z roślin. Stosowany przy podnieceniu nerwowym (ruchowym), w bezsenności pochodzenia nerwowego w ilości 1 — 3 tabletek rozpuszczonych w gorącej wodzie.

Tinctura Crataegi recens. Nalewka ze świeżego kwiatu głogu.

Stosowana przy nadmiernej pobudliwości nerwowej, bezsenności, nerwicy ogólnej 20—40 kropel, 3 razy dziennie.

Tinctura Valerianae. Nalewka kozłkowa, krople walerianowe.

Stosowana przy podnieceniu nerwowym, histerii 15—40 kropel jednorazowo 3 razy dziennie.

Tinctura Valerianae Aetherae. Nalewka kozłkowa na eterze. Krople walerianowe na eterze.

Stosowana w przypadkach jak wyżej — 15 kropel 3 razy dziennie.

UZUPEŁNIENIE

Z innych środków nie wymienionych powyżej jako uspokajające centralny układ nerwowy stosuje się:

Magnesium sulfuricum, ampułki 20% w 10 ml — w stanach podniecenia, przy drgawkach: 10—20 ml domięśniowo, 1—2 razy dziennie.

Mentholum valerianicum — w nerwicach serca i żołądka, 8—16 kropel na cukrze.

Scopulaminum hydrochloricum. Hyoscinum. Ampułki 0,0003 w 1 ml — przy silnych stanach podniecenia psychicznego, przy parkinsonizmie, 1 ampułka jednorazowo, 3 razy dziennie.

d. c .n.

Kronika

Z kraju

PRZODUJĄCA PIELĘGNIARKA

Jako przodująca pracownica Służby Zdrowia została wytypowana długoletnia jej pracownica, pielęgniarka, kol. MARIA SMOROŃSKA.

Kol. Maria Smorońska po wojnie pracuje kolejno: w Sanatorium w Istebnej, jako przełożona pielęgniarek, następnie w Instytucie Przeciwradowym w Gliwicach, a ostatnio w Warszawie w Poradni Kardiologicznej przy szpitalu na Solcu.

Praca kol. Marii Smorońskiej, jej stosunek do chorych oraz postawa społeczna — zdobyły uznanie zarówno współpracującego z nią zespołu, jak i powierzonych jej opiece ludzi pracy.

Kol. Smorońska jest aktywnym członkiem Komisji Zdrowia Stołecznej Rady Narodowej, znajduje również czas na pracę społeczną na terenie Szpitala.

Warszawa

W dn. 25 kwietnia rb. w Wydziale Zdrowia SRN odbyło się wręczenie dyplomów 46 słuchaczkom Wojewódzkiego Kursu przygotowującego do państwowego egzaminu z pielęgniarstwa. Egzamin z wynikiem pomyślnym złożyło 26 pielęgniarek przyuczonych oraz 20 młodszych pielęgniarek, zatrudnionych w zakładach lecznictwa otwartego i zamkniętego na terenie Warszawy i woj. warszawskiego.

Nagrody książkowe od Zarządu Głównego oraz od Okręgu Warszawskiego Związku Zawodowego Pracowników Służby Zdrowia za bardzo dobre wyniki egzaminu względnie za pilność i wielki wkład pracy oraz za pracę społeczną otrzymały: *Dąbrowska Irena, Dąbrowska Leokadia, Gołąbek Maria, Kucińska Halina, Nawrot Maria, Pietrzycka Czesława, Rajewska Maria, Stępkowska Maria, Strarz Daniela.*

Koresponденci piszą

... z Kocborowa



Do mądrze, racjonalnie pojętego awansu — prowadzi droga przez naukę i pracę — obie łatwo dostępne w nowym Ludowym Państwie i zagwarantowane przez Konstytucję. Pomni tego, salowe i salowi Państwowego Szpitala dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Kocborowie postanowili, nie przerywając pracy, ukończyć kurs Młodszych Pielęgniarek PCK, by objąć w swym szpitalu stanowiska pielęgniarskie.

Dyrekcja Szpitala w Kocborowie zwróciła się do Polskiego Czerwonego Krzyża z prośbą o zorganizowanie takiego kursu. Po porozumieniu się z Zarządem Głównym PCK w Warszawie, Oddział Wojewódzki PCK zorganizował 9. miesięczny kurs Młodszych Pielęgniarek na terenie Szpitala; został on zakończony dnia 31.XII.52.

Na ostatnim posiedzeniu członków Rady Pedagogicznej, wszyscy wykładowcy wyrazili uznanie dla słuchaczy, którzy mimo pracy zawodowej, punktualnie uczęszczali na wykłady i osiągnęli bardzo dobre wyniki w nauce, wykazując wysoki poziom wiadomości.

Nasi absolwenci zaawansowali na pielęgniarki i pielęgniarzy, zwiększając tym samym kadry pielęgniarskie o nowe fachowe siły, które będą w stanie zapewnić chorym fachową i staranną opiekę.

Inicjatorowi kursu — Dyrekcji Szpitala, należy się uznanie zarówno za troskę o awans swych pracowników jak i o dobro chorych. Do racjonalnej organizacji kursu i rozplanowania zarówno nauki jak i pracy zawodowej przyczyniły się w dużej mierze: kierowniczka kursu, przełożona Szpitala, Ob. Cherek oraz sekretarka Ob. Wencka.

W. L.

... z Wrocławia

We Wrocławskim *Szpitalu Miejskim im. J. Babińskiego* pracuje 150 pielęgniarek młodszych. Dyrekcja Szpitala oraz przełożone oceniają pracę młodszych pielęgniarek jako pozytywną w odniesieniu tylko do około 60% zatrudnionych. Wicedyrektor społeczno - wychowawczy Szpitala i siostry przełożone stwierdzają, iż wartość zatrudnionych w szpitalu młodszych pielęgniarek pod względem przygotowania do zawodu, ich stosunek do pracy i chorych, jak również sposób zachowania poza szpitalem są ściśle uzależnione od Ośrodka, którego są absolwentkami. Z obserwacji dyrekcji Szpitala Miejskiego we Wrocławiu wynika, że pewne kursy pielęgniarskie na terenie województwa wrocławskiego wypuszczają pielęgniarki dobrze przygotowane i odpowiednio wychowane przez kierownictwo kursu, inne kursy opuszczają pielęgniarki niedostatecznie przygotowane do zawodu oraz słabo wychowane. W ocenie dyrekcji Szpitala Miej-

skiego we Wrocławiu słabą opinią cieszy się w szczególności Ośrodek we Wrocławiu. Dyrekcja Szpitala Miejskiego im. J. Babińskiego we Wrocławiu, gdzie praktykują również słuchaczki Ośrodka Szkolenia Młodszych Pielęgniarek skarży się na niski poziom ich wiadomości, słabe zainteresowanie pracą, brak dyscypliny. Dyrekcja ma również poważne zastrzeżenia co do poziomu moralnego słuchaczek.

Szkolenie zawodowe młodszych pielęgniarek rozpoczęto w Szpitalu Miejskim im. J. Babińskiego w lutym rb. Wykłady odbywają się 2 razy w tygodniu. Prowadzone jest również szkolenie specjalistyczne. Frekwencja na szkoleniu wynosi 85%. Młodsze pielęgniarki są przenoszone zgodnie z przepisami z oddziału na oddział.

Młodsze pielęgniarki zajmują w Szpitalu im. Babińskiego stanowiska „odcinkowych", pracują również jako instrumentariuszki. Dwie spośród nich, a mianowicie kol. kol. Janina Dobrodziej i Helena Czyrek otrzymały odznakę przodowników pracy.

K. M.

... z Zielonej Góry

Zielona Góra została przekształcona z miasta powiatowego na wojewódzkie, w związku z tym faktem zaludnienie wzrosło z 25 do 38 tysięcy mieszkańców, z powstaniem województwa przybyły także nowe urzędy. Są to niewątpliwie obiektywne powody usprawiedliwiające zagęszczenie izb mieszkalnych Zielonej Góry. Nie mniej jednak władze zielonogórskie zdają się nie doceniać zagadnień mieszkaniowych pracowników służby zdrowia. Tak więc dla przykładu: Wydział kwaterunkowy WRN w Zielonej Górze prawie siłą chciał odebrać mieszkanie po lekarzu przydzielone 16 pielęgniarkom i dopiero na skutek interwencji kier. Woj. Wydz. Zdrowia, dr S. Dzieciuchowicza, cofnięto samochody z rzeczami nowoprzybyłych. Drugi przykład: pięć młodszych pielęgniarek otrzymały dwułóżkowy pokój; stan ten zmieniono dopiero na interwencję Zarządu Okręgu ZZPSZ.

Aktywiści związkowi obiektywnie stwierdzają, że przytoczone i inne podobne wypadki (pielęgniarka kol. M. Kursowicz od r. 1951 stara się o przydział mieszkania) — utrudniają pracę szkoleniową oraz pracę związkową.

Na odprawach pielęgniarskich coraz częściej wysuwa się zagadnienie otwierania internatów dla kobiet zatrudnionych w służbie zdrowia, na wzór hoteli robotniczych. Rozwiązanie kwestii mieszkaniowej zapobiegnie płynności kadr w naszych zakładach pracy, przywiąże pracownice do szpitala, pozwoli na wzmożenie pracy związkowej oraz wzbogacenie życia społecznego i kulturalnego pielęgniarek. Wydziały Kwaterunkowe przy Radzie Narodowej winny wziąć to serdecznie pod uwagę i zmienić swój stosunek przy załatwieniu wniosków mieszkaniowych dla pracowników służby zdrowia.

E. G.

... z Łodzi

W Szpitalu IM. DR GLUZIŃSKIEGO w ŁODZI współpraca między pielęgniarkami dyplomowanymi i młodszymi ułożyła się jak najbardziej pomyślnie, co stworzyło odpowiednie warunki do otoczenia młodszych pielęgniarek troskliwą opieką ze strony bardziej zaawansowanych koleżanek.

Szkolenie zawodowe oraz ideologiczne przebiega w Szpitalu systematycznie ze stuprocentową frekwencją słuchaczek. Ponieważ Szpital im. Gluzińskiego nie posiada oddziału chirurgicznego młodsze pielęgniarki udają się na wykłady w zakresie chirurgii do Szpitala im. dr Ludwika Rydgiera.

Dwa razy do roku — w styczniu i czerwcu w myśl instrukcji Ministerstwa Zdrowia przesuwamy nasze pielęgniarki na inne oddziały. W bieżącym roku w styczniu przesunięte zostały na chirurgię kol. kol.: *Teresa Gender i Stanisława Piaskowiak.*

Niestety, na kurs wojewódzki nie mogliśmy jednak nikogo wytypować. Dwie pielęgniarki przyuczone, które zamierzaliśmy skierować na kurs nie dopisały. Winę za to ponosi cały nasz zespół, nie potrafiliśmy bowiem przyjąć dotychczas takiej metody postępowania, którąby niektórym pielęgniarkom przyuczonym pomogła do zdobycia wykształcenia w zakresie szkoły ogólnokształcącej. Błędu tego na przyszłość nie popełnimy. Obecnie opracowujemy to zagadnienie wspólnie z Egzekutywą Podstawowej Organizacji Partyjnej oraz Radą Miejscową ZZPSZ.

Dalsza sprawa to bardzo ciężkie warunki mieszkaniowe naszych pielęgniarek, które są zmuszone dojeżdżać codziennie z odległych miejscowości jak: Łowicz, Konstantynów, a koleżanka mieszkająca w Opocznie, tułająca się dotąd „po ludziach", znalazła dopiero niedawno jakiś kąt, dzięki uprzejmości naszego lekarza *dr Fuchsa.* Stan ten nie jest do pomyślenia na dalszą metę, zaś nasze starania w Wydziale Kwaterunkowym Prezydium RN w Łodzi nie odnoszą żadnego skutku.

Ostatnio wysunęliśmy wniosek do Wydziału Zdrowia PRN w Łodzi dotyczący zorganizowania „Domu Pielęgniarek", ale jak dotąd nie znalazło to należytego oddźwięku. Władze miejskie nie interesują się zbytnio zagadnieniem zakwaterowania pielęgniarek. Należy dodać, że w Szpitalu w Kochanówku szereg pomieszczeń jest dotychczas zajęty przez lokatorów od dawna nie mających nic wspólnego ze służbą zdrowia. Przekwaterowanie ich do mieszkań innych pozwoliłoby, do czasu zrealizowania projektu „Domu Pielęgniarek", rozwiązać palące zagadnienie mieszkań pielęgniarskich.

Pielęgniarki zatrudnione w naszym Szpitalu biorą bardzo czynny udział w pracy społeczno-politycznej. Wszystkie członkinie ZMP wykazują dobre postępy w szkoleniu ideologicznym oraz pracy zawodowej. Organizacja Partyjna na terenie naszego Szpitala współpracuje ze wszystkimi organizacjami masowymi, nie szczędząc opieki i wskazań.

Dyrektor naszego Szpitala jest człowiekiem młody duchem; oddany chorym, potrafi on znaleźć wspólny język z pracownikami, a przede wszystkim z młodzieżą, której jest najlepszym doradcą i nauczycielem.

M. S.

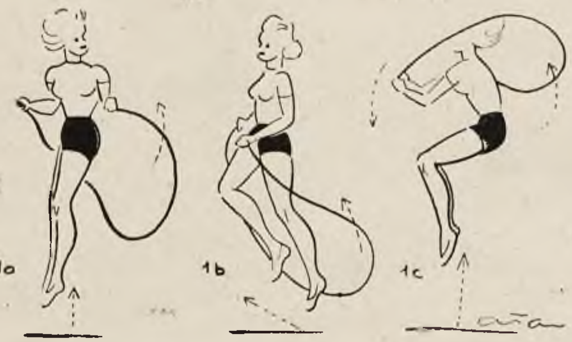
Przez troskliwą opiekę nad chorym człowiekiem pracy przyśpieszamy marsz do Socjalizmu

W trosce o swoje zdrowie (III)

WZORZEC Nr 3

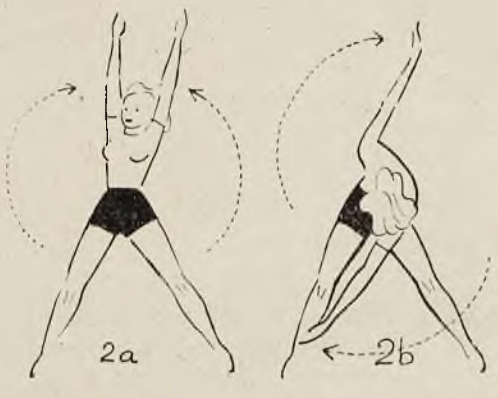
Z kolei podajemy cykl ćwiczeń gimnastycznych dla zaawansowanych i systematycznie uprawiających gimnastykę (patrz wzorce Nr 1 i 2 zamieszczone w Nr 4 i 5 „Pielęgniarki Polskiej").

Ćwicząca musi sobie przygotować skakankę (może być zwykły sznurek, który po złożeniu winien sięgać od pachwiny do stóp) oraz dywanik (do wykonania skoków), o ile gimnastykę wykonuje się na powietrzu. Skoki należy wykonywać na trawniku, lub specjalnej skoczni.



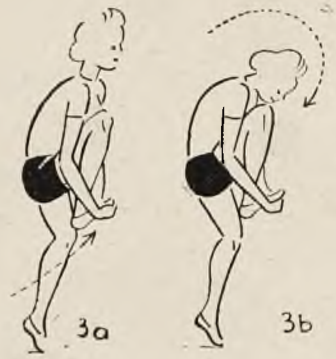
Ćwiczenia Nr 1

Ćwiczenie ze skakanką (ruch skakanki według strzałki). Uwaga: ramiona i układ ciała jak na rysunkach Każdy typ ćwicz około 2-ch minut.



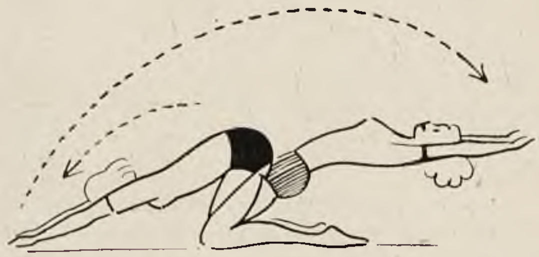
Ćwiczenie Nr 2

Podskokiem rozkrok, ramiona bokiem w górę (ryc. 2a), następnie opad tułowia w przód (nie skłon) i skręty tułowia z zamachem ramienia (ryc. 2b) 4 — 8 razy. Powrót do postawy (powtórzyć 4-krotnie).



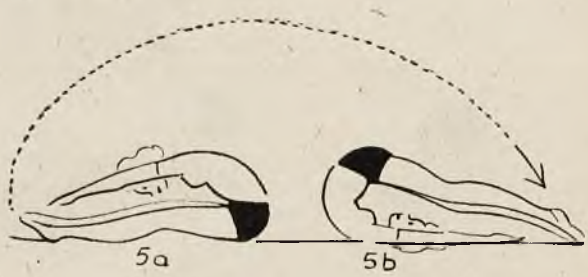
Ćwiczenia Nr 3

Z postawy — chwyt rękami za stopę nogi, druga stopa na palcach, (ryc. 3a), skłon głowy — dotknięcie kolana brodą (ryc. 3b), powrót do postawy, zmiana nogi. Całość wykonać wolno, spokojnie 4 razy.



Ćwiczenia Nr 4

Klęk na oba kolana, opad tułowia w przód, zamach ramion z możliwym odchyleniem tułowia do tyłu (ryc. 4). Uwaga: na rysunku jest pokazane odchylenie, które wykonać mogą tylko bardzo wysportowani (wykonać 4 do 8 razy).

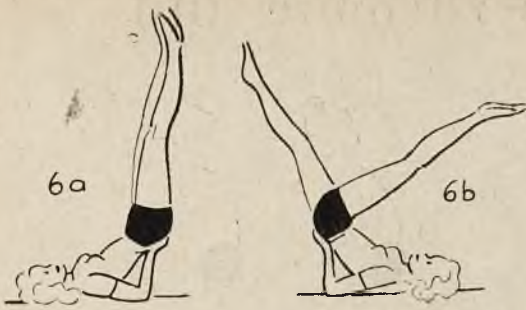


Ćwiczenie Nr 5

Siad, skłon tułowia w przód z dotknięciem stóp palcami rąk (głowa w ramionach, kolana proste ryc. 5a), odchylenie tułowia, zamach rąk do tyłu, przejście do leżenia i rzut nóg jak na ryc. 5b. Wykonać 4 do 8 razy.

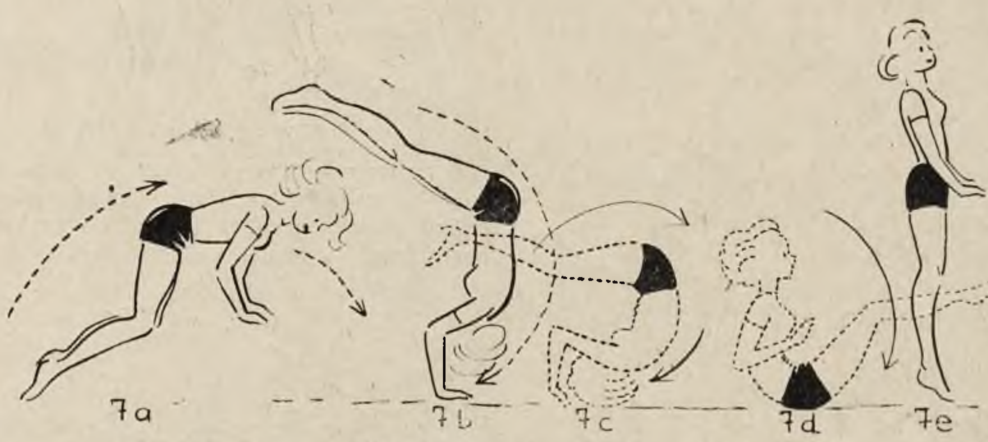
KOLEŻANKI!

nadsyłajcie do Kroniki wiadomości z terenu Waszej pracy



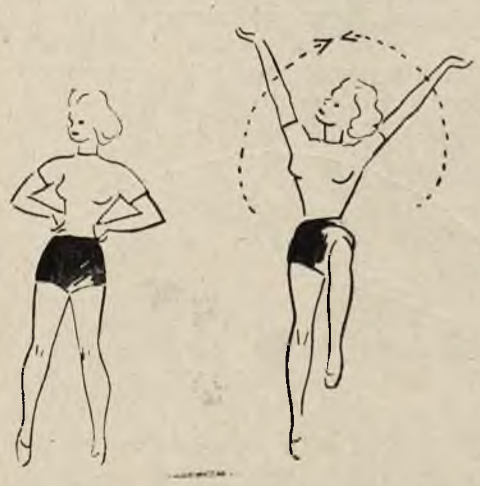
Ćwiczenie Nr 6

W pozycji leżącej podpór bioder (ryc. 6a), uniesienie nóg wyprostowanych w górę i następnie nożyce (ryc. 6b), tzn. zamachy nóg wyprostowanych w kolanach.



Ćwiczenie Nr 7

Skoki i lekkie odbicie (ryc. 7a) wraz z wysunięciem lekko ugiętych ramion do przodu, opad tułowia na ręce ze skrętem głowy (ryc. 7b) i koziołek (ryc. 7c), z koziołka (ryc. 7d) wyskok w przód (ryc. 7e). Wykonać z przerwami 1—2 minut 4 do 6 razy.



Ćwiczenie Nr 8

Lekki rozkrok, ręce na biodra (ryc. 8a), kolejne unoszenie nogi ugiętej w kolanie i wymach ramion bokiem w górę. Wykonać spokojnie, harmonijnie 8 — 15 razy.

E. A.

Koleżanki,

przypominamy o nadsyłaniu odpowiedzi na naszą ankietę, zamieszczoną w Nr 2 „PIELĘGNIARKI POLSKIEJ"

W księgarniach i kioskach

Doc. dr J. Bogdanowicz, dr Z. Lejmbach, I. Sunderland. CHOROBY WIEKU DZIECIĘCEGO. Podręcznik dla średnich szkół medycznych. PZWL, 1952, str. 386, ryc. 54, cena zł 17,50. Praca zbiorowa pod redakcją prof. dr *J. Bogdanowicza.*

Pielęgnowanie chorego dziecka opiera się nie tylko na znajomości samej choroby, ale i na znajomości rozwoju dziecka i właściwości jego ustroju w poszczególnych okresach życia. Zasadniczą cechą dziecka jest to, że rośnie, przy czym w rozmaitym stopniu powiększa się przyrost jego wagi i tempo wzrostu poszczególnych układów i narządów, np. waga kośćca powiększa się 20 — 27-krotnie, waga mózgu 4-krotnie, a oka 3-krotnie. Dziecko różni się bardzo swą budową od człowieka dorosłego, dlatego też i choruje inaczej. Ustrój dziecka jest wątlejszy i każda choroba osłabia je i przerywa normalny rytm rozwojowy.

Wady wrodzone oraz uszkodzenia porodowe mogą stwarzać trudności przy pielęgnowaniu dzieci, toteż pielęgniarka musi umieć rozpoznawać i rozumieć takie anomalia, aby odpowiednio zająć się takimi dziećmi, gdy je ma pod swą opieką.

W zależności od wieku dziecka inaczej przebiegają choroby zakaźne i inne, dlatego też autorzy omawianego podręcznika w klasyfikacji klinicznej chorób wieku dziecięcego oparli się na wieku dziecka i odpowiednio do niego podają najważniejsze wskazówki dotyczące pielęgnowania.

Zaburzenia w odżywianiu niemowląt, niestrawność i inne choroby narządu trawienia — to główne choroby wieku niemowlęcego. W tym okresie występują też objawy skazy wysiękowej, alergicznej i neuropatycznej.

Rozdział VII omawia choroby wieku przedszkolnego (3 — 7 lat), wśród których bardzo ważne miejsce zajmuje gruźlica i choroby zakaźne.

Bardzo obszernie potraktowali autorzy p i e l ę g n o w a n i e w różnych chorobach, omawiając na wstępie tego rozdziału właściwe ustosunkowanie się pielęgniarki do dziecka i podkreślając, że spostrzegawczość i sumienność to najważniejsze zalety pielęgniarki dziecięcej.

Rozdział o pielęgnowaniu opisuje sposoby wykonywania różnych zabiegów pielęgniarskich oraz zasady osobistej higieny dziecka.

Brakiem tego ze wszech miar pożytecznego dla pielęgniarek podręcznika, zwłaszcza dla pielęgniarek po ukończeniu szkoły i pracujących już zawodowo, jest ograniczenie się jedynie do podania wskazówek o pielęgnowaniu dziecka i postępowaniu w warunkach szpitalnych, nie uwzględniając pracy pielęgniarki w otwartej opiece zdrowotnej, a więc przede wszystkim w warunkach domowych. Mamy nadzieję, że luka ta zostanie wypełniona w następnych wydaniach.

J. S.

PRZEGLĄD PRASY

POLSKI TYGODNIK LEKARSKI NR 10/13

H. RYKOWSKI — **„Zamknięte urazy narządów jamy brzusznej.**

Urazy powłok brzusznych są zawsze niebezpieczne ze względu na możliwość uszkodzenia narządów leżących wewnątrz jamy otrzewnej. Autor opisuje 32 przypadki urazów w następstwie kopnięcia, upadku z dużej wysokości, przygniecenia ciężarem itp. Uszkodzeniu ulegają najczęściej jelita cienkie. W większości wypadków pomimo wczesnej interwencji chirurgicznej wyniki leczenia były niepomyślne. Chorzy z uszkodzeniem narządów miąższowych giną najczęściej na skutek wstrząsu i krwotoku.

POLSKI TYGODNIK LEKARSKI NR 11/13

PROF. J. W. GROTT — **„Stosowanie witaminy C w chorobach wewnętrznych“.**

Spostrzeżenia kliniczne wskazują, że witamina C działa bardzo korzystnie w wielu chorobach, gdyż powoduje natężenie niektórych przemian biochemicznych w ustroju. Kwas askorbinowy wpływa korzystnie na odnowienie się tkanek, na gojenie się ran i stan uzębienia.

Witamina C konieczna jest dla prawidłowej czynności nadnerczy. W chorobach zakaźnych zapotrzebowanie na witaminę C zależy od wysokości ciepłoty i zwiększonego zużycia kwasu askorbinowego w tkankach i narządach. Dychawica oskrzelowa, jako schorzenie alergiczne, stanowi szczególne wskazanie do leczenia dużymi dawkami witaminy C. W chorobie wrzodowej witamina C jest niezbędna dla gojenia się i zapobiegania powikłaniom.

W naszym klimacie należy stosować okresowe, uzupełniające dawki witaminy C, nawet u ludzi zupełnie zdrowych, gdyż przy pracy wymagającej dużego wysiłku fizycznego lub umysłowego wzmaga się w ustroju natężenie przemian biochemicznych, które mogą odbywać się sprawnie tylko przy dostatecznej ilości witaminy C.

Podniesienie jakości i ilości usług — obowiązkiem każdego pracownika służby zdrowia

T. ZAKRZEWSKI: **„Ból i jego znieczulenie w świetle nauki I. P. Pawłowa".**

Ból określamy jako nieprzyjemne uczucie spowodowane przez szkodliwe bodźce, a odczuwanie bólu odbywa się w korze mózgowej. Nauka lekarska dotychczas nie posiada obiektywnych sprawdzianów bólu, bo różne jednostki rozmaicie nań reagują. Ból jest jednocześnie czynnikiem obronnym i objawem patologicznym ustroju. Znaczną część praktycznej działalności lekarza i medycyny teoretycznej zajmuje sprawa zwalczania bólu, a terapia chirurgiczna swoje wielkie sukcesy zawdzięcza rozwojowi anastezjologii. Również farmakologia odgrywa bardzo poważną rolę w dziedzinie zwalczania bólu, ona bowiem wytwarza środki przeciwbólowe.

Zwalczanie bólu — w świetle nauki *I. P. Pawłowa* — jest to uwolnienie kory mózgowej od szkodliwych bodźców płynących z ekstero — i interoreceptorów.

R. SZTABA — **„Kamica dróg moczowych u dzieci".**

Choroba ta występuje u dzieci znacznie częściej, niż się na ogół przypuszcza. Charakterystyczny objaw kamicy dróg moczowych u dorosłych — kolka nerkowa — u dzieci najczęściej nie występuje. Dzieci skarżą się na ból w jamie brzusznej, który raczej wskazuje na podrażnienie otrzewnej (wymioty, wzdęcie, zatrzymanie stolca). Dla właściwego rozpoznania konieczne są badania dodatkowe, jak: rentgen, badania krwi na poziom mocznika, wziernikowanie pęcherza itp. Leczenie kamicy dziecięcej odbywa się podobnie jak leczenie dorosłych.

T. BARDADIN i J. STYCZEK — **„Zaburzenia mowy".**

Istnieją różnego rodzaju zaburzenia mowy; możemy je podzielić na: 1) zaburzenia mowy pochodzenia środkowego, powstające najczęściej na tle przebytego zapalenia opon mózgowych i mózgu lub niedorozwoju psychicznego; 2) zaburzenia mowy pochodzenia obwodowego na skutek wadliwej czynności narządów mowy; 3) zaburzenia mowy czynnościowe, których przyczyną mógł być uraz psychiczny, np. przestrach, przeżycia obozowe itp. Ważniejsze i najczęściej spotykane wady to: jąkanie, bełkotanie, seplenienie i nosowanie. We wszystkich wypadkach wczesne rozpoznanie daje większe szanse osiągnięcia pomyślnych rezultatów leczenia. O tym powinny pamiętać higienistki szkolne oraz pielęgniarki dziecięce.

M. KOWALSKA — **„Leczenie alkoholizmu przewlekłego".**

Przewlekły alkoholizm powoduje zmiany chorobowe zarówno fizyczne, jak i psychiczne. Największe zmiany dotyczą układu nerwowego: mózgu, rdzenia i nerwów obwodowych. Alkoholizm jest groźną chorobą społeczną i wymaga leczenia w zakładach zamkniętych lub w poradniach pod kierunkiem specjalnie przygotowanego zespołu lekarskiego i pielęgniarskiego. Wyniki uzyskiwane dawniej stosowanymi środkami nie były zadowalające i dopiero wprowadzenie ANTABUSU zapewnia stałą poprawę u około 60 procent chorych. Jednak w wielu schorzeniach istnieją przeciwwskazania do stosowania Antabusu.

POŁOŻNA NR 2

PROF. D. M. ROSSIJSKIJ — **Szkice rozwoju medycyny w Chinach.**

Już przed 6000 lat znane były w Chinach podstawowe zasady higieny, dietetyki i sposoby stosowania rozmaitych środków leczniczych. Pierwszą księgę medyczną napisano w Chinach przed 9 — 10 tysiącami lat. Obejmowała ona wiadomości z anatomii i fizjologii, opis objawów chorobowych, sposoby leczenia, między innymi stosowanie akupunktury (nakłucia igłą) masażu i przypalania. Zasada profilaktyki odgrywała w chińskiej medycynie wielką rolę. Znano od dawna metodę osłuchiwania, opukiwania, badania tętna i wielką rolę przypisywano zbieraniu wywiadu. Chińska medycyna uznawała wielki wpływ leczniczy środków roślinnych. W XVI wieku wydano 50-tomową farmakopeę zawierającą opis 1890 środków leczniczych, przy czym większość była pochodzenia roślinnego.

DR T. ZLATKES: **Rzeżączka i ciąża.**

Zakażenie rzerzączkowe kobiecych narządów rodnych musi być uważane za jedno z najpoważniejszych schorzeń kobiecych i ze względu na łatwość zakażenia może być uważane za chorobę społeczną. Rzeżączka atakuje wszystkie części narządu płciowego, a nawet może się przerzucić na otrzewną. W okresie ciąży przebiega bardziej ostro i niebezpiecznie.

REDAKCJA: Warszawa, al. Stalina 22, Zw. Zaw. Sł. Zdr. Tel. 8-34-91. Redakcja czynna codziennie: 11 — 13.
ADMINISTRACJA: Warszawa, ul. Srebrna 12 — Państwowe Przedsiębiorstwo Kolportażu „Ruch".

Cena pojedynczego numeru „Pielęgniarki Polskiej" wynosi 2.00 zł., prenumerata kwartalna 6.00 zł., roczna 24.00 zł

Cena ogłoszeń: 1 str. — 2.150 zł, 1/2 str. — 1.100 zł, 1/4 str. — 600 zł, 1/8 str. — 300 zł, 1 cm² — 5 zł.

Egzemplarze archiwalne (wsteczne) czasopisma otrzymać można w PPK „Ruch", Centralna Ekspedycja — Warszawa, ul. Srebrna 12, po uprzednim wpłaceniu należności na konto PKO I-15207/110 — „Sprzedaż Archiwalna" lub w Księgarni Medycznej Domu Książki w Warszawie, ul. Mokotowska 24.

Zamówienia na prenumeratę tygodników i miesięczników są przyjmowane na okres co najmniej jednego kwartału, natomiast dwumiesięczników i kwartalników — na okres półrocza.

Druk. LSW. W-wa. Zam. 371c z dn. 6.V.53 r. Pap. druk. sat. kl. V. 60 g. A1. Nakł. 5.000 + 50 egz. 4-B-11753